

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

---

SUR LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT DE L'EMPYÈME  
DE L'ANTRE D'HIGHMORE.

Par le Professeur O. CHIARI, de Vienne.

En octobre 1889, je communiquai à la Société Impéroyale de médecine de Vienne (1), les résultats que j'avais obtenus dans le traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore.

Dans 4 cas, après l'enlèvement de la seconde prémolaire, et dans 1 cas après l'extraction de la première molaire au moyen de la machine à perforer américaine, on pratiqua un canal de 1 et demi à 2 millimètres vers l'antre. Le canal fut tracé très étroitement pour que le pus ne pénétrât pas de l'antre dans la cavité buccale et que les parcelles alimentaires ne pussent pénétrer de la bouche vers le sinus. Cet accident n'arriva jamais pendant le traitement, et on n'eut besoin de recourir à aucun appareil obturateur artificiel, qui incommode toujours les malades; de plus, ces derniers apprirent bientôt à introduire une fois par jour les canules minces à injection et pratiquèrent la cathétérisme du canal une fois par jour, ou dans quelques cas seulement une fois par semaine pour conserver le canal ouvert dans toute sa longueur.

Ainsi, cette méthode d'injection était la plus facile et la plus agréable, parce qu'elle pouvait être employée aisément

(1) *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 48 et 49, 1889.

par les malades eux-mêmes sans exception, et semblait, en raison de l'étroitesse du canal qui rendait impossible l'introduction de parcelles alimentaires de la bouche dans l'antré, garantir une prompte guérison. Malheureusement, cette attente fut déçue, car, comme dans les autres méthodes d'injection, la guérison se fit attendre ou ne survint pas du tout, malgré qu'il se produisit presque toujours une amélioration.

Des 6 cas que j'ai traités par les injections jusqu'en octobre 1889, 2 guérissent (en 6 et 2 mois); il y en a un que je ne revis plus après les premières injections qui avaient été suivies de succès; un autre fut amélioré au bout de 4 mois, mais il ne revint pas depuis; enfin, j'ai suivi les deux derniers cas jusqu'à ces temps derniers, et j'ai pu me convaincre qu'ils n'étaient pas guéris. Je vais rapporter brièvement ces deux cas.

Un homme de 37 ans (n° 1 de la publication mentionnée plus haut), souffrait depuis 1872 d'un écoulement purulent de la fosse nasale droite; la dernière prémolaire fut extraite en février 1888, et il resta un morceau de la racine; l'antré d'Highmore fut percé au moyen du perforateur américain au travers de cette racine. Depuis, le malade a fait des injections d'abord quotidiennes, puis bi-hebdomadaires et en dernier lieu, une fois par semaine. Vers le milieu de février de cette année, il me dit que la suppuration est sans doute souvent insignifiante, mais qu'elle devient parfois plus forte. Comme il n'était pas disposé à employer un traitement énergique, je lui conseillai des injections hebdomadaires d'iodoforme dans de l'huile d'olive à 2 0/0, mais sans résultat appréciable. La suppuration de l'antré avait, il est vrai, beaucoup diminué après le commencement de l'emploi des injections (février 1888), mais elle persiste toutefois encore aujourd'hui.

Le second cas (n° 5 de la publication citée précédemment), concerne un homme de 60 ans qui, depuis la fin de novembre 1888, fait tous les deux ou trois jours des injections en partie avec une solution d'acide phénique à 1/2 0/0, en partie avec de l'hypermanganate de potasse sans que la suppuration ait notablement diminué. La dernière lettre, datée du 27 décembre 1891, mentionne la persistance de la suppuration, mais le malade ne peut se décider à employer un traitement énergique.

Toutefois, ces cas prouvent qu'un canal de 1 et demi à 2 millimètres peut être maintenu facilement ouvert pendant des années, grâce à des sondages fréquents.]

Depuis, j'ai traité 5 cas par des injections; 2 ont guéri et 3 n'ont pas guéri.

OBSERVATION I. — M<sup>lle</sup> O..., âgée de 26 ans, se présenta au commencement de novembre 1888 à ma consultation et se plaignit de souffrir depuis six mois d'un engorgement de la narine gauche et d'un écoulement purulent du même côté, en même temps que de céphalalgie frontale. Le cornet moyen était épaissi et présentait à sa partie antérieure plusieurs petits polypes; entre le cornet moyen et la paroi nasale externe se montrait du mucus purulent. L'extraction des polypes ainsi que la cautérisation du cornet épaissi rendirent la perméabilité de l'air à la moitié gauche du nez, mais ne firent disparaître ni le mal de tête ni l'écoulement purulent. La première molaire gauche supérieure fut détruite jusqu'à quelques restes de sa racine. La malade ne put se décider à la perforation de l'antre d'Highmore et ne revint me trouver que le 30 mars 1890. L'état étant le même, je ne doutais pas de l'existence de l'empyème de l'antre d'Highmore, mais après l'insuccès de la ponction exploratrice de M. Schmidt à travers la paroi du méat inférieur, je fis une ponction avec un trocart explorateur chirurgical, par laquelle pénétra dans la cavité du pus fétide. Le 1<sup>er</sup> avril 1890, je fis extraire les racines de la première molaire par le D<sup>r</sup> Zsigmondy et perforer l'antre, ce qui fut fait aisément. L'introduction de mes canules minces de même que les injections, réussirent facilement; toutefois la suppuration diminua lentement jusqu'au commencement de mai, époque à laquelle la malade ne reparut plus.

OBSERVATION II. — Le D<sup>r</sup> V. G..., avocat viennois, âgé de 45 ans, eut l'influenza au commencement de décembre 1889, à la suite de laquelle persista un coryza qui, au bout de quelques semaines fut accompagné d'un écoulement purulent de la narine droite qui était très fort le matin, cessait au bout de quelques heures, et recommençait de nouveau. Le malade souffrait également de violentes névralgies des nerfs frontal et sus-orbitaire droit et parfois aussi du sous-orbitaire. Il existait, le 11 mars 1890, plusieurs dents gâtées à la mâchoire supérieure droite, la première molaire droite était fortement cariée et un peu refoulée en bas. Dans la narine droite, on voit dans la région de l'hiatus semi-lunaire, du pus qui, après avoir été soigneusement enlevé;

paraît de nouveau. Le diagnostic certain fut : empyème de l'antre d'Highmore droit. Je fis extraire le 16 mars la première molaire supérieure droite par le Dr Zsigmondy ; cette opération, qui coûta beaucoup de peine, fut suivie de la perforation de la cavité de l'antre d'Highmore à travers l'alvéole interne à l'aide de la machine perforatrice américaine. L'injection pratiquée aussitôt réussit bien, quoique l'eau injectée s'écoulât par le nez, mais on ne put faire évacuer le pus. C'est seulement le lendemain qu'apparut une grande quantité de pus morveux fétide ; à la suite de cette évacuation les maux de tête diminuèrent. Les injections firent bientôt disparaître complètement les céphalalgies, mais la suppuration ne diminua que lorsque j'eus, après l'injection d'acide phénique à 1/2 0/0, injecté une cuillerée à café de la solution suivante : iodoforme 2, huile d'olive 200. Cette solution séjourna dix minutes dans la cavité, après quoi on injecta de l'eau dans le but de précipiter sur la paroi de la cavité l'iodoforme finement pulvérisé. Je voulais éviter d'élargir par trop le conduit afin de ne pas obliger le malade à porter une canule à demeure. La suppuration diminua jusqu'en septembre, époque à laquelle le traitement put être complètement suspendu. La guérison complète fut constatée en 1891. On ne pouvait plus sonder le conduit.

OBSERVATION III. — M. Sch. Fr..., âgé de 36 ans, eut l'influenza en décembre 1889. Au milieu du mois de janvier 1890, se déclara une périostite des racines de la seconde molaire supérieure gauche, à la suite de laquelle la joue enfla fortement et resta quatre jours dans cet état. Au commencement de février se développa un violent coryza bilatéral et au milieu du même mois se produisit un écoulement purulent fétide de la narine gauche. Cet écoulement qui était particulièrement fort, le matin persista jusqu'à la fin de mars, époque à laquelle le malade vint me trouver pour la première fois. On voyait du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire, une ponction avec une aiguille de Pravaz forte et un peu recourbée, pénétra facilement au travers du méat inférieur et l'aspiration, au moyen de la seringue de Pravaz, amena une issue de pus fétide. Le 1<sup>er</sup> avril, je priai le Dr Zsigmondy d'extraire la seconde molaire supérieure gauche et de perforer l'antre d'Highmore à travers l'alvéole de la racine interne, ce qui, à cause de l'épaisseur de la couche osseuse, fut difficile malgré l'emploi de la machine américaine. On introduisit une longue canule de 1 millimètre d'épaisseur et on fit une injection qui amena une issue de pus par le nez. A la suite de



l'injection du 2 avril, il sortit d'abord du pus par le nez, mais après que la canule eut été introduite une seconde fois, le malade l'ayant retirée, il se produisit subitement un emphysème de la paupière inférieure accompagné de vives douleurs; de plus, la fosse nasale gauche était engorgée par la tuméfaction de l'extrémité postérieure du cornet inférieur et par le soulèvement de la muqueuse sous l'extrémité antérieure du cornet inférieur. L'incision de ce soulèvement amena l'issue d'environ 3 grammes de liquide sanguin. La tuméfaction des choanes et du canal nasal inférieur disparut complètement en huit jours; l'emphysème de la paupière ne reparut plus dès le troisième jour qui suivit l'opération.

Évidemment, dans ce cas, la canule mince avait pénétré sous la muqueuse de l'antre d'Highmore, et ensuite le liquide de l'injection avait soulevé, non seulement celle de l'antre d'Highmore, mais encore celle du méat inférieur qui est en corrélation continue avec elle. L'emphysème de la paupière inférieure occasionné par la pénétration de liquide mêlé à de l'air peut se produire par diverses voies :

1° Par le conduit naso-lacrimal. Parce que son enveloppe tendineuse ne s'applique pas directement sur l'os, il serait possible que par l'injection elle s'en détache; par la cavité ainsi formée, la fluidité combinée avec l'air pourrait arriver dans le tissu cellulaire poreux sous la paupière. Mais il se serait produit vraisemblablement du trouble dans l'écoulement des larmes, symptôme qui manquait dans notre cas. Le même fait se serait présenté dans le cas de fistule interne du conduit lacrymal sur l'antre [Ziem (1)];

2° Faut-il prendre en considération la formation de déhiscences de la paroi osseuse de l'antre qui, selon Zuckerkandl, peuvent apparaître ou comme des manifestations de l'âge, ou comme une dilatation des canalicules vasculaires, ou comme des arrêts de développement. En raison de l'âge relativement jeune du malade, on ne peut s'arrêter qu'aux deux dernières hypothèses. Les canalicules vasculaires ont déjà été cités par Ziem (2) comme étant l'origine d'un abcès de la

(1) Abscess der Orbita und Thränensackfistel bei Eiterung der Kieferhöhle (*Allg. Med. Central Zeitung*, n° 37, 38 et 39, 1887).

(2) Abscess am unteren Augenlide bei Eiterung der Kieferhöhle und Periostitis einer Zahnwurzel (*Allg. Med. Central Zeitung*, n° 43 et 49, 1887).

paupière inférieure provenant d'une suppuration de l'antre. Il croit que dans son cas une des sinuosités sous-orbitaires de l'antre, faisant issue dans le canal vasculaire, aurait conduit la suppuration sous la paupière.

Il attribue la même origine (1) à un abcès de l'orbite et à une fistule du sac lacrymal à la suite d'une suppuration de l'antre d'Highmore, en regardant de nouveau les canalicules vasculaires comme voies de communication.

Ces déhiscences, soit qu'elles soient une dilatation des canalicules vasculaires, soit des arrêts de développement, ne peuvent apparaître, d'après Zuckerkandl, en partie qu'au rebord sous-orbitaire, en partie à la paroi inférieure du canal sous-orbitaire, en partie à la tubérosité du maxillaire. La tubérosité du maxillaire est le moins souvent atteinte, et la fluidité unie à l'air aurait dû pénétrer de là à travers la fissure orbitaire inférieure, le long du plancher de l'orbite, jusqu'au ligamentum tarsi inferioris, et aurait dû le briser. On aurait dû vraisemblablement observer un changement de place du bulbe, qui ici faisait défaut, et de même on s'attendait à trouver une tuméfaction de la paroi du pharynx, bien que le chemin de la tubérosité du maxillaire à l'amygdale soit court. Ziem (2) a cherché à expliquer un cas de périamygdalite suppurée par le passage de la suppuration le long des canaux vasculaires de la tubérosité du maxillaire en venant de l'antre. Il ne reste donc comme lieux de pénétration du liquide sous la paupière inférieure que les déhiscences de la paroi orbitaire inférieure ou du canal sous-orbitaire.

Comme il a été dit, ces manifestations disparaissaient rapidement, mais le malade, qui était d'une nature très craintive, refusa de dilater le canal ou de pratiquer quelque autre ouverture, bien que l'écoulement purulent persistât à travers le nez. Je le vis pour la dernière fois le 4 juin 1890, mais je ne pus le décider à un traitement énergique.

C'est ce cas qui me découragea de la méthode qui consiste à percer un canal étroit dans l'antre d'Highmore à travers

(1) Ziem, L. C.

(2) Zur Entstehung der Peritonsillitis, etc. (*Monatsschrift für Ohren-Heilkunde*, etc., n° 9, 1888.

l'alvéole, et depuis cette époque j'ai toujours pratiqué une fistule plus grande, soit par l'alvéole, soit par la fosse canine.

OBSERVATION IV. — M. D..., de Braïla, âgé de 30 ans, vint me consulter le 18 juin 1889, sur le conseil du Dr Zontides, pour un écoulement purulent de la narine gauche. Il avait suivi divers traitements antisyphilitiques et en était très affaibli, mais à part quelques bubons indolents, il ne présentait aucune trace de son infection antérieure. La narine droite était remplie de pus, qui s'écoule à peu près quotidiennement en quantité de quelques cuillerées à soupe. Après l'enlèvement du pus, on voit un fort gonflement des cornets du nez, surtout du cornet moyen, et, entre ce dernier et la paroi nasale extérieure, une masse purulente qui, après avoir été enlevée soigneusement, reparait au bout de peu de temps. Les cornets du côté droit sont légèrement rouges et épaissis, de même que la muqueuse de la cavité nasopharyngienne; toutefois, il n'existe pas de pus dans la narine droite. La deuxième prémolaire supérieure gauche est plombée, légèrement colorée de bleu et souvent douloureuse; elle est également sensible au choc. Le malade qui, comme je l'ai dit, est très affaibli, ne se décide pas à la perforation de l'antre d'Highmore; mais il se rend à un établissement d'hydrothérapie pour reprendre des forces; je lui conseillai des lavages du nez avec le siphon nasal (avec une solution de sel de table à 1/2 0/0) qu'il continua jusqu'au mois d'août 1891. Je le revis le 22 août 1891. Entre temps, il avait fait encore une cure aux bains iodés de Hall, dans la Haute-Autriche, et avait été aussi à Paris où Luc avait également diagnostiqué un empyème de l'antre d'Highmore. Sa santé générale était satisfaisante; la sécrétion de la narine gauche avait sensiblement diminué, de sorte que, seulement toutes les deux ou trois semaines, il s'écoulait plusieurs cuillerées à café de pus fétide. Dans l'intervalle, on n'observa que la sécrétion de petites collections de mucus purulent à travers le pharynx et la narine gauche; la joue gauche était aussi parfois douloureuse. Il n'existait dans la narine gauche qu'un peu de mucus purulent dans la région de l'hiatus semi-lunaire. Deux jours auparavant, un médecin avait extrait la deuxième molaire supérieure gauche, sans que du pus ait fait issue. Je conseillai de nouveau la perforation de l'antre d'Highmore qui fut exécutée facilement au moyen du trépan perforateur à travers l'alvéole encore ouverte. Les injections consécutives n'amenèrent pas

l'issue du pus ; seulement, au bout de trois jours, apparurent quelques masses purulentes fétides ; le conduit de la plaie fut obstrué au moyen de la gaze iodoformée, et les injections furent continuées deux fois par semaine. Au commencement de 1892, j'appris que l'état était resté à peu près stationnaire.

La perforation et l'injection amenèrent un prompt succès dans un cas aigu.

OBSERVATION V. — M. U..., âgé de 40 ans, capitaine, fut atteint, à la fin d'octobre 1891, d'une inflammation du périoste dans la région de la première prémolaire supérieure gauche. Cette inflammation disparut rapidement et le malade fit plomber sa dent. Peu de temps après apparut un écoulement jaune et fétide qui sortait de la narine gauche, surtout le matin, en quantité d'une demi-cuillerée à soupe. Cet état décida le malade à venir me trouver le 24 novembre. Je constatai la présence du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire et trouvai la première prémolaire supérieure gauche plombée colorée en bleu et sensible au choc. Comme par suite d'une déviation de la cloison, il était difficile de pénétrer dans le méat inférieur gauche et que la dent était très malade (les autres dents étaient bien conservées, et seule la seconde molaire était plombée), je conseillai son extraction, car sans aucun doute elle était la cause de l'empyème. Le 25 novembre, j'arrachai la dent, et au moyen du trépan perforateur de Langenbeck, je perforai aisément l'autre à travers l'alvéole interne. Le pus fit immédiatement issue. Je lavai la cavité, ce qui fit sortir beaucoup de pus fétide et je remplis l'alvéole avec de la gaze iodoformée. Le malade se fit faire quotidiennement des injections d'une solution d'acide phénique à 1/2 0/0, par son médecin. Le 28 décembre, la suppuration avait complètement cessé ; j'ordonnai la suspension des lavages et ne maintins que l'occlusion de l'alvéole par la gaze iodoformée. Cinq jours après, le canal était fermé ; je vis le malade pour la dernière fois le 29 février 1892. La suppuration était tarie, le canal ne laissait plus passer la sonde même la plus mince.

Ainsi, sur ces 4 cas, il n'y eut que 2 guérisons. D'après d'autres observateurs, les lavages employés seuls ne paraissent pas avoir fourni des résultats extraordinaires. Jeanty (1) rapporte 22 cas de la clinique du Dr Lichtwitz, sur lesquels 9 seulement ont guéri par l'emploi de lavages

(1) *De l'empyème latent de l'autre d'Higmore, etc.* (Bordeaux, Feret et fils éditeurs, 1891.)

avec une solution d'acide borique à 3 0/0, 11 ont été améliorés. Les résultats paraissent encore plus mauvais dans les cas d'empyème bilatéral, attendu que sur 11 cas Lichtwitz (1) n'en guérit que 2, 7 s'améliorèrent et 2 ne revinrent plus après le commencement du traitement. Je citerai encore quelques communications faites dans ces dernières années : Ziem (2) rapporte, en 1886, 21 cas sur lesquels il y eut 6 guérisons et 9 améliorations ; Walb (3), au contraire, sur 25 cas, en a guéri 19 et amélioré 6 ; Krieg (4), sur 24 cas, a eu 19 guérisons et 4 traitements sans résultat. Moi-même, sur 11 cas traités seulement par les injections, j'ai eu 5 guérisons et 4 améliorations ; un malade ne se laissa laver que deux fois et un autre, malgré des lavages faits depuis 3 ans, est demeuré non guéri. Parmi les cas améliorés, il en est un qui fait des injections depuis quatre ans.

Les résultats incertains de cette méthode m'ont amené à en essayer d'autres. Celle qui, en dernier lieu, paraît promettre le plus, est le traitement sec d'après Combe (5) et Krause (6) qui, après l'ouverture de l'antre, soit par l'alvéole, soit par le méat inférieur insufflent de l'iodol ou de l'iodoforme pulvérisé, après avoir fait sortir le pus par des lavages. Bresgen (7) n'emploie que l'insufflation d'air pour tarir le pus. Je me suis servi souvent de cette méthode combinée avec les injections.

OBSERVATION VI. — Je vais rapporter brièvement un cas que j'ai déjà cité, le 25 octobre 1889, dans mon mémoire. J'avais vu pour la première fois, le 24 octobre 1889, la malade, âgée de 33 ans qui portait une canule de drainage dans l'alvéole de la seconde molaire qui à cause de la suppuration nasale avait été extraite au mois de mai, car elle était cariée et souvent douloureuse, la pointe de la racine était rude au toucher ; l'alvéole donna aussitôt issue à du sang et à du pus ; la sonde pénétra facilement

(1) De la fréquence de l'empyème latent bilatéral, etc. (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., février 1892.)

(2) *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 2, 3, 4, 1886.

(3) *Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten*, etc. Bonn, 1888.

(4) *Medicin Correspondenzblatt*, n° 34 et 35, 1888.

(5) *Congrès français de Chirurgie*, 18-20 août 1886.

(6) *V. Friedlaender Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 37, 1889.

(7) *Revue de Laryngologie*, 15 novembre 1890.

dans l'antre d'Highmore. Après le lavage de la cavité, un collègue spécialiste introduisit un drain dans l'antre d'Highmore à travers l'alvéole et le laissa en place sans le consolider pour conserver le trajet ouvert. Les injections, répétées 3 fois par jour, donnèrent chaque fois, issue à une pleine cuillerée à café de pus. A la fin de septembre, le drain par suite d'une imprudence de la malade pénétra dans l'antre d'Highmore et ne put être retiré par le collègue spécialiste, ce qui amena la malade à venir me trouver. Le 24 octobre, je pus extraire le drain au moyen de la petite pince de Schrøtter; il était long de 4 centimètres  $1/2$  et épais de 5 millimètres. Les lavages furent pratiqués plus profondément à travers le canal, mais comme au bout de deux jours, ce dernier se rétrécissait, je fis introduire par le Dr Zsigmondy une canule d'or à demeure à travers laquelle la malade se lavait.

Vers la mi-décembre, elle perdit sa canule que je fis remplacer par ma canule longue de 15 centimètres et épaisse de  $1^{mm}1/2$  à 2 millimètres que j'ai déjà décrite. La malade l'introduisait elle-même chaque matin et faisait des lavages de l'antre d'Highmore avec une solution d'acide phénique à  $1/2$  0/0; toutefois, jusqu'au commencement de février 1890 il sortit quotidiennement de 3 à 4 grammes de pus.

Malgré tout, la malade était tellement satisfaite de son état, que ce ne fut qu'après de longues exhortations qu'elle se décida à essayer une autre méthode.

Je voulais insuffler de l'iodoforme ou de l'iodol et, pour cela, le canal qui s'était rétréci jusqu'à  $1^{mm}1/2$ , devait être dilaté, ce qui advint au bout de 4 jours par l'emploi du catgut et de tiges de laminaria. Pour conserver au canal son ouverture de 4 millimètres et en même temps pour empêcher la pénétration des aliments venant de la cavité buccale, je fis faire par Zsigmondy une tige de caoutchouc durci, qui, à l'aide de 2 crochets d'or, s'adaptait à la première molaire et obstruait complètement l'ouverture, mais qui pouvait être facilement enlevée à l'effet d'insuffler de l'iodoforme. J'insufflai quotidiennement de l'iodol parce que l'odeur de l'iodoforme était insupportable à la malade, et je m'assurai au bout de 5 jours par une injection, qu'il ne s'était formé que des traces de pus. Jusqu'au milieu d'avril la suppuration fut écartée par cette méthode après que, dans l'intervalle je me fusse assuré par des lavages explorateurs de sa prompte cessation. Le canal se ferma rapidement, tandis que peu à peu je fis diminuer la tige de caoutchouc durci et enfin

l'enlevai. Le même mode de traitement, combiné de nouveau avec une occlusion de la fistule, contre l'introduction des aliments dans l'antre, amena la guérison dans le cas suivant.

OBSERVATION VII. — M. Schw..., âgé de 46 ans. Je le soignais depuis plusieurs années pour un catarrhe du larynx et du pharynx. Une grande partie de ses dents sont cariées, d'autres manquent : à la mâchoire supérieure, une incisive, la canine, la deuxième prémolaire et les deux premières molaires, sont en partie cariées. La deuxième prémolaire en particulier était tellement détruite par la carie, qu'on n'en voyait plus que les racines, qui suppuraient fréquemment. Après leur extraction opérée le 6 décembre 1889, il s'écoula de l'alvéole du pus épais et fétide, surtout lorsque l'on appuyait sur la gencive au-dessus de l'alvéole.

La sonde pénétrait aisément dans l'antre d'Highmore. Une injection, pratiquée le 7 décembre 1889 avec une solution d'acide phénique à 1/2 0/0 à travers une canule longue et mince dans l'alvéole, amena l'issue d'une grande quantité de pus, mais pas une goutte ne vint dans le nez ni à ce moment, ni lors des lavages ultérieurs, de sorte que cet antre d'Highmore devait être fermé du côté du nez.

Je fis de nouveau introduire, par le dentiste, une tige de caoutchouc durci dans le conduit, pour le maintenir ouvert d'un côté, de l'autre côté pour empêcher la pénétration des aliments dans l'antre (dans ce cas, la tige était assujettie à une lame du palais), je faisais des lavages une ou deux fois par semaine suivis d'insufflation d'iodol. La suppuration ne reparut plus à partir du 15 janvier 1890. Je fis de plus fréquentes insufflations d'iodol, m'assurai, par des injections, de l'absence du pus et fis diminuer peu à peu la tige, jusqu'en mai 1890, époque où le conduit se trouva à peu près complètement clos.

Toutefois, je pus encore, le 16 décembre 1891, après avoir traversé une couche mince, pénétrer dans l'antre d'Highmore avec une sonde de petit calibre, malgré qu'on n'eut pratiqué aucun lavage depuis le mois de mai 1890.

Le cas suivant fut traité de la même façon.

OBSERVATION VIII. — M. P., Monténégrin, âgé de 40 ans, se fit arracher, en 1887, la dernière molaire supérieure gauche, une racine resta dans les os d'après le dire du malade, et amena un fort écoulement purulent fétide, tant de la partie où la dent manquait que de la narine gauche. Sur le conseil de son médecin, il



pratiqua des lavages à travers l'alvéole, à la suite desquels, l'eau injectée s'écoula par le nez. Toutefois la suppuration unilatérale ne tarit pas, et de l'autre côté, le rétrécissement de la fistule alvéolaire nécessita l'introduction d'une canule; c'est dans ce but que le malade vint me trouver le 18 mars 1890. Dans la narine gauche, on voit du pus entre le cornet moyen et la paroi externe. Un reste de racine de la dernière molaire est encore fiché dans l'alvéole, dans laquelle je pénétrai avec peine à l'aide de ma canule mince et fis sortir une grande quantité de pus très fétide. Je retirai le reste de la racine, et ayant inutilement tenté de dilater le conduit qui mène dans l'autre d'Highmore au moyen d'une tige de laminaria, je le fis agrandir à l'aide de la machine perforatrice américaine, de telle sorte qu'on put y insuffler de l'iodoforme pulvérisé. Pour maintenir le conduit dilaté, je fis de nouveau fixer par le Dr Zsigmondy une tige de caoutchouc durci dans une lame du palais; le malade qui, quelques jours après, dut quitter la ville, ne reçut que cette prothèse et le conseil de faire des insufflations d'iodoforme après chaque injection, après que je me fusse assuré qu'il pourrait facilement accomplir cette manipulation. Malheureusement, je n'entendis plus parler du malade.

Dans le cas suivant, je perforai avec le trocart de Krause à travers le méat inférieur, je fis des lavages et priai la malade, qui était obligée de partir, de se faire faire par son médecin des insufflations d'iodoforme qui amenèrent à peu près la guérison. Par malheur, le résultat final ne fut pas bon, ainsi que l'observation complète va nous l'apprendre.

OBSERVATION IX. — M<sup>me</sup> G..., de Klagenfurt, en Carinthie, âgée de 34 ans, se présenta à ma consultation, le 15 mai 1891, de la part du Dr Smoley. Elle souffrait depuis des années d'un écoulement purulent de la narine gauche, qui sortait tantôt en avant, tantôt en arrière. Malgré qu'elle n'eut jamais souffert des dents, la première prémolaire supérieure lui fut enlevée à Klagenfurt; toutefois on ne put pénétrer par l'alvéole dans l'antra d'Highmore. L'examen du nez révéla un épaissement du cornet moyen et, à l'extérieur, un peu de mucus purulent. Elle n'accusait aucune douleur dans les joues, mais de fréquents maux de tête. Je pratiquai, avec la seringue de Pravaz, une ponction exploratrice sous le cornet inférieur et j'aspirai la moitié d'une seringue de Pravaz remplie de pus jaune et fétide. Le lendemain, je perforai, à l'aide du trocart de Krause, le méat

inférieur, j'injectai une solution d'acide phénique à 1/2 0/0 et une émulsion d'iodoforme après que le lavage eut fait disparaître le pus. La perforation fut close au moyen d'un tampon de gaze iodoformée, et la malade du rentrer chez elle où le Dr Smoley fut chargé de continuer les injections et de faire plus tard des insufflations d'iodoforme.

Une lettre que m'adressa, le 18 février 1892, le Dr Smoley, me donna les renseignements suivants : La malade avait appris à faire elle-même les lavages, le Dr Smoley la voyait de temps en temps et, à la fin de juillet 1891, elle était presque guérie. Elle partit pour le Tyrol, avec la recommandation de boucher avec de la gaze iodoformée l'ouverture de la perforation située sous le cornet inférieur, ce qu'elle avait appris à faire depuis quelque temps et de pratiquer de temps à autre des injections. Elle ne paraît pas avoir été assez persévérante, car lorsque le Dr Smoley la revit, le 26 novembre 1891, on ne trouvait plus l'ouverture de la perforation, et la suppuration de l'antre d'Highmore était revenue comme par le passé. La malade ne put se décider à une nouvelle opération.

Bien que, dans ce cas, la malade eut vite appris à faire elle-même des lavages à travers le méat inférieur moyen et à introduire de la gaze iodoformée dans la lacune de la paroi nasale externe, elle se lassa bientôt de cette procédure fatigante, et la maladie reprit son cours. La difficulté d'introduction de la canule rend la perforation, suivant Mikulicz et Krause impossible pour les malades qui ne peuvent chercher chaque fois le médecin; selon Jeanty (*loc. cit.*), dans deux cas, cette méthode dut être vite abandonnée. Cette objection est encore plus en situation (difficulté de l'introduction de la canule) pour la méthode d'Hartmann que j'ai essayée dans bien des cas, mais qui n'a réussi que dans le cas suivant :

OBSERVATION X. — M. M..., âgé de 69 ans, est atteint d'une sécrétion purulente des deux narines, pendant qu'il se mouche, et seulement pendant l'après-midi; d'après les renseignements fournis par le malade, la suppuration s'est montrée, il y a quelques années, à la suite de l'extraction de quelques dents de la mâchoire supérieure droite, extraction qui fut suivie d'une tuméfaction extraordinairement forte de la joue droite. J'introduisis, le 7 juillet 1891 sous le cornet inférieur, un trocartexplora-

teur ordinaire dans l'autre d'Highmore droit, et le lavai suivant la méthode de Lichtwitz, ce qui amena l'issue d'une grande quantité de pus fétide. Comme toutes les dents de la mâchoire supérieure manquaient, je cherchai, le 11 juillet, à introduire la canule de Hartmann à travers l'orifice du sinus maxillaire, je fis une injection et il s'écoula beaucoup de pus fétide. Malheureusement, je ne revis plus le malade.

Dans beaucoup d'autres cas, j'ai réussi sans doute à traverser l'orifice du sinus maxillaire et pus injecter un peu de liquide dans l'autre, ce que les malades remarquaient aussi immédiatement, mais on ne doit regarder comme efficace le lavage que dans les cas où l'orifice du sinus maxillaire est très-large et bien situé, où dans ceux où il existe une ouverture accessoire. Je ne suivis pas le conseil de Hartmann qui se ménage de l'espace par la résection du cornet moyen, parce que cette opération n'est certainement pas plus facile que la perforation de l'autre et que l'introduction consécutive de la canule de Hartmann est réservée aux médecins dans la plupart des cas.

Les résultats incertains de la méthode par injections, la difficulté, pour les malades, soit de pratiquer eux-mêmes les lavages, soit, le plus souvent, d'aller plusieurs fois par semaine chez le médecin, me décidèrent bientôt à favoriser le tamponnement par la gaze iodoformée, bien que le traitement sec promît des succès (v. Friedlaender).

Comme argument contraire au traitement sec, je relevai, après l'ouverture de l'autre d'Highmore par la bouche en particulier, la nécessité de clore l'ouverture pendant l'intervalle, et, dans les cas d'ouverture par le méat inférieur, la difficulté de sonder cette ouverture. En faveur du tamponnement par la gaze iodoformée, en dehors de la recommandation sérieuse de Schech (1), il y avait les connaissances des chirurgiens sur la valeur de la réduction du pus et les faits, que le changement de la gaze iodoformée effectué d'abord seulement tous les 4 ou 5 jours, n'est plus nécessaire après que toutes les semaines ou toutes les deux semaines.

(1) *Die Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase.* (Franz Deuticke, Wien u. Leipzig, 1890.).

L'emploi du tamponnement n'exige pas un spécialiste, il peut être effectué aisément par tout médecin.

Dans les trois cas de tamponnement qui suivent, l'empyème de l'antre d'Highmore était déjà perforé à travers la fosse canine, et ainsi le lieu de la perforation était certain.

OBSERVATION XI. — M<sup>me</sup> Z..., âgée de 26 ans, me fut adressée, le 26 mai 1891, par le Dr Thomas. Elle eut, à la fin d'avril, un gonflement sur la première molaire supérieure droite, qui fut ouvert le 4 mai et donna issue à beaucoup de pus. Le 5 mai, il s'écoula du pus par le nez, mais depuis seulement par la bouche. L'examen de la bouche révéla l'intégrité des dents de la mâchoire supérieure droite, toutefois elles étaient plombées et un peu fendillées. Par un intervalle de l'épaisseur d'un crayon ayant des bords osseux, après, on arrivait facilement dans l'antre d'Highmore. Je le lavai, ce qui n'amena aucun écoulement purulent ou fluide du nez; le lendemain, je dilatai l'espace dans l'épaisseur d'un centimètre et j'introduisis une bande large de 4 centimètres et longue de 40 à 50 centimètres, de gaze iodoformée à 50 0/0 dans la cavité. Cette bande fut enlevée au bout de 3 ou 4 jours, la cavité fut lavée et la gaze iodoformée de nouveau introduite. Plus tard la gaze ne fut plus changée qu'une fois par semaine sans faire d'injections; la suppuration diminua presque jusqu'à disparaître. Par malheur la malade dû partir à la fin de juin et réclama à cet effet la pose d'une canule à demeure, à travers laquelle elle pourrait elle-même faire des injections. Je dus donner mon assentiment, car l'introduction de la gaze iodoformée ne pouvait être effectuée que par un médecin, et je fis faire par Zsigmondy une canule en or qui était attachée aux dents avec des crochets. La seconde prémolaire qui, entre temps avait été extraite, présentait une nécrose des extrémités de la racine; les autres dents s'étaient consolidées. Je fis injecter à travers cette canule d'abord une solution d'acide phénique à 1/2 0/0, puis ensuite insuffler de l'iodoforme. Ce traitement amena la malade jusqu'au milieu du mois de décembre 1891; la suppuration reparut alors. A ce moment, je revis la malade qui était revenue à Vienne, je fis recommencer le traitement par le tamponnement de gaze iodoformée et l'améliorai tellement jusqu'à la fin de janvier 1892 que le tampon ne dû plus être changé que tous les huit jours; les injections devinrent inutiles, et le tampon n'offrit plus de traces de pus. Le 3 avril on enleva le tampon. L'ouverture se ferma presque entièrement pendant ce mois.

OBSERVATION XII. — M. Carl L..., de Furth, en Bavière, âgé de 50 ans, vint me trouver le 19 juin 1891. Depuis 5 ans, il est atteint d'un empyème de l'antre d'Highmore gauche qui a résisté à tous les traitements. Krieg le perfora à travers l'alvéole et le lava sans succès; Heinicke l'ouvrit par la fosse canine, gratta la cavité et tamponna avec de la gaze iodoformée il y a un an et demi. Alors, on pratiqua une grande ouverture partant du méat moyen, puis bientôt on fit des injections, on tamponna, puis on insuffla de l'iodoforme ou de l'aristol sans obtenir une guérison complète.

Je ne trouvai plus, de toute la cavité, qu'un passage épais comme le petit doigt qui conduisait de la fosse canine au nez, je le râclai énergiquement et le tamponnai au moyen de gaze iodoformée. Je ne peux parler du résultat final, le malade ayant quitté la ville le lendemain.

L'observation qui va suivre présente un grand intérêt en raison de la bilatéralité de l'affection de l'antre d'Highmore et par la raison que, même après la guérison de la suppuration, il subsista une grande lacune dans la fosse canine. Elle montre aussi le peu de valeur des injections et des insufflations d'iodoforme en comparaison de l'action du tamponnement sur la suppuration.

OBSERVATION XIII. — M. O..., docteur en médecine, âgé de 26 ans, eut, en 1883, une tuméfaction de la joue gauche de la grosseur d'une noix, qui dura trois mois; elle fut alors incisée et rendit du pus. Le processus, ainsi que l'antre d'Highmore, qui avait été ouvert en même temps, guérit par l'emploi de la gaze iodoformée en l'espace d'un mois, sans qu'il subsistât de gonflement.

Le bruit de parchemin, très affaibli mais perceptible, que présentait la paroi de l'antre, cessa et la paroi redevint normale, résistante; aucune dent ne tomba, il n'existait pas de douleur et peu d'écoulement nasal.

En octobre 1890, le malade vint me trouver et me fit le récit suivant: Depuis un an et demi il existait un gonflement de la joue droite, qui, peu à peu, atteignit le développement d'une noix. Le professeur Salzer junior (aujourd'hui à Utrecht) incisa, en août 1889, cette tuméfaction située au-dessus des racines dentaires; il introduisit un drain dans l'ouverture de l'antre d'Highmore et fit faire des lavages soigneux sans obtenir la cessation

de la suppuration. Plus tard, après que l'ouverture se fut rétrécie, deux médecins l'agrandirent pour la dernière fois, en février 1890, et de la glycérine iodoformée fut injectée deux fois par semaine. Au bout de quatre semaines, la sonde révéla une nécrose de la pointe de la racine de la première prémolaire droite qui fut arrachée, à la suite de cette extraction le pus fétide s'écoula par l'alvéole. Les lavages n'amènèrent aucune cessation de la suppuration; le bruit de parchemin distinct qu'offrait la tuméfaction de la mâchoire supérieure parut et disparut, et, le 15 octobre, elle avait la grosseur d'un œuf de pigeon.

Je conseillai une large ouverture de l'antre d'Highmore, le râclage et le tamponnement et je pratiquai cette opération le 18 octobre, après anesthésie par la cocaïne. Je sectionnai à travers un creux ménagé dans l'alvéole de la première prémolaire la paroi externe de celle-ci, et la paroi externe à l'antre par une incision qui partait de l'ancienne ouverture et allait aussi loin en arrière que la paroi était amincie. Ensuite le tissu environnant, aussi loin qu'il consistait en os amincis fut enlevé avec l'ostéotome, jusqu'à ce que je pusse pénétrer avec le doigt dans la cavité. Le doigt investigateur rencontra l'extrémité âpre d'une racine de la seconde molaire, et dans le maxillaire des masses relâchées et décomposées. La cavité entière et en particulier la région de la tubérosité fut grattée au moyen de la cuiller tranchante; à la suite de cette opération on enleva des masses molles et fétides; l'extrémité âpre de la racine fut également aplanie. Lors des lavages consécutifs, de même qu'avant l'opération, pas une goutte ne pénétra dans la cavité nasale. Un tamponnement abondant avec de la gaze iodoformée à 50 0/0 termina l'opération. Le tamponnement fut d'abord effectué tous les quatre ou cinq jours, ensuite il ne le fut plus que toutes les trois ou quatre semaines jusqu'à ce qu'enfin, en août 1891, il fut complètement supprimé. Je vis pour la dernière fois mon malade le 9 décembre 1891. La sécrétion était tarie, les parois de l'antre étaient fermes, mais il subsistait encore, sur la première molaire, à la paroi externe, une ouverture de l'épaisseur d'un doigt.

S'il n'existait pas de brèche dans la paroi de l'antre d'Highmore, je l'ouvrais ou par l'alvéole, ou par la fosse canine.

Je pénétrai par la fosse canine, lorsque le malade ne voulut pas sacrifier de dent, ou bien qu'une très grande ou-

verture aurait été nécessaire, où lorsque les tentatives pour perforer l'apophyse alvéolaire échouaient. J'éclaircirai ces trois éventualités par trois exemples, mais, tout d'abord, je décrirai le mode opératoire.

Après une injection sous muqueuse d'un gramme environ d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 0/0, on relève fortement la lèvre supérieure et on fait une incision horizontale au-dessus de l'apophyse alvéolaire, depuis la première prémolaire jusqu'à la seconde molaire à travers la muqueuse, le tissu sous-muqueux et le périoste jusque sur les os ; ensuite, avec le trépan perforateur, on fait des trous dans trois ou quatre endroits et à la distance d'un demi-centimètre l'un de l'autre. Les trous faits par le perforateur seront agrandis et la paroi osseuse qui remplit l'intervalle sera enlevée avec le ciseau ou l'ostéotome, jusqu'à ce qu'il se produise une lacune de taille à laisser pénétrer le petit doigt ou qu'au moins une petite cuiller pointue puisse être introduite. Au moyen du doigt ou de la cuiller, on explore l'intérieur de l'antre, on racle les granulations et on injecte enfin une solution d'acide phénique à 1/2 0/0 ; on tamponne ensuite avec de la gaze iodoformée à 50 0/0, et on introduit également dans la plaie de la muqueuse une bande de cette étoffe. Habituellement, malgré une soigneuse antisepsie, on voit, les jours qui suivent l'opération, la joue enfler assez fortement. Le troisième jour, je change d'ordinaire pour la première fois la gaze iodoformée, ce qui nécessite encore le maintien des bords de la plaie au moyen d'instruments pointus. Plus tard cette précaution est inutile.

Cette manipulation est naturellement plus fatigante et plus douloureuse que la perforation alvéolaire ; aussi, je ne considère l'ouverture par la fosse canine que comme l'exception dans les cas cités ci-dessus, d'autant plus que dans un cas, je n'ai pu, malgré le trépan perforateur et le ciseau, pénétrer dans l'antre d'Highmore. Ce cas est le suivant :

OBSERVATION XIV. — M<sup>me</sup> G..., âgée de 32 ans, eut l'influenza en février 1890, et depuis elle est atteinte d'un écoulement aqueux, verdâtre et fétide de la narine droite, qui, en automne a pris un caractère plus purulent. Au cours de l'influenza elle



a ressenti de violentes douleurs dans la région frontale droite et dans l'orbite et une périostite suppurée qui provenait des restes de la deuxième molaire droite supérieure. Elle vint me consulter, le 7 novembre 1890, pour se guérir de son mal, je trouvai le cornet droit moyen épaissi, et entre ce dernier et la paroi nasale externe du pus qui, malgré qu'il eût été soigneusement enlevé se renouvela. De plus, sur ma demande, la malade me raconta que lorsqu'elle inclinait la tête à gauche il se produisait un écoulement aqueux mêlé de pus de la narine droite, et que le toucher et le goût étaient un peu amoindris. A la mâchoire supérieure droite, il n'existait presque aucun reste de la deuxième molaire, la première et la seconde molaires étaient fortement cariées et présentaient de grands défauts dans la couronne. Malgré l'emploi d'un gros trocart, la ponction exploratrice de Schmidt échoua, ainsi que le lavage à travers la canule de Hartmann, de sorte que le diagnostic d'empyème de l'antre d'Highmore étant certain, je conseillai la perforation.

J'arrachai, le 18 novembre, les restes de la seconde prémolaire et de la première molaire, et trouvai les racines tellement atrophiées que les alvéoles étaient très courtes. Malgré l'emploi énergique du trépan perforateur, je ne pus pénétrer dans l'antre, et je tentai de pénétrer après anesthésie par la cocaïne par la fosse canine. Bien que je fusse aidé par un confrère, je ne pus après avoir dégagé la paroi osseuse, la perforer soit avec le trépan, soit avec le ciseau, tant elle était épaisse, et je dus finalement renoncer à l'opération.

Au bout de dix jours, les deux plaies étaient cicatrisées, mais la suppuration subsistait toujours. Je conseillai à la malade de se faire endormir, mais elle n'y consentit pas. Je ne peux continuer la relation de ce cas, n'ayant plus revu la malade.

Dans l'observation ci-dessus l'opération échoua à cause de l'épaisseur de la paroi de l'antre d'Highmore, tandis que d'ordinaire dans les cas d'empyème de l'antre d'Highmore la paroi osseuse est très mince et sa perforation aisée. Comme raison de ce que les larges antres d'Highmore sont souvent atteints d'empyème, je citerai la circonstance que dans ce cas les extrémités des racines dentaires pénètrent plus avant dans l'antre ; ainsi la dilatation de l'antre d'Highmore, qui, d'après Zuckerkandl (1), repose le plus souvent

(1) *Normale und patholog. Anatomie der Nasenhöhle, etc.* (Braunmüller Wien, 1882, page 103.)

sur le grand développement du sinus alvéolaire, serait une présomption plus certaine pour l'origine dentaire de l'empyème. Dans un cas j'ouvris par la fosse canine à cause des néoplasmes soupçonnés.

OBSERVATION XV. — M<sup>me</sup> Sch..., âgée de 40 ans, m'est adressée le 11 février 1891 par le professeur Fuchs. Elle était atteinte depuis plusieurs mois d'une légère exophtalmie droite, d'une tuméfaction assez fréquente de la joue droite et de douleurs de cette dernière, qui parfois éclataient spontanément, mais qui pouvaient aussi être produites par une pression exercée sur le nerf sous-orbitaire. Le gonflement de la joue droite était souvent accompagné d'une tuméfaction œdémateuse de la paupière inférieure droite et de la partie molle au-dessus de l'os droit du nez, qui d'ordinaire pendant quelques jours paraissait et disparaissait tour à tour. Les dents de la mâchoire supérieure droite avaient dû peu à peu être enlevées toutes en raison de la tuméfaction et de la douleur de la joue. Il n'existait absolument aucun écoulement du nez. L'examen de la narine droite révéla la présence d'un polype muqueux flottant, de la grosseur d'une noisette, gris et transparent, qui, partant de la région de l'hiatus seminuilaire droit atteignait presque le plancher de la cavité nasale, en regardant en arrière on ne pouvait voir le polype. On donna à la malade le conseil de faire enlever le polype, mais elle ne s'y décida que le 11 mars. L'extraction s'accomplit facilement au moyen de l'anse froide avec une effusion de sang modérée, mais elle fut suivie d'un violent gonflement de la joue et d'un œdème de la paupière inférieure droite, qui cessèrent au bout de huit jours. Toutefois les douleurs et l'exophtalmie persistèrent après la disparition des manifestations réactionnelles, de sorte que je ne pus les envisager comme des réflexes d'origine nasale, mais que je dus attribuer leur origine à une affection de l'antre d'Highmore, comme le professeur Fuchs l'avait déjà fait. Le 27 avril, je pratiquai une ponction exploratrice de Schmidt à travers le méat inférieur, mais je ne recueillis qu'une petite quantité de sang dans la seringue de Pravaz. Le 21 mai, le polype qui avait récidivé fut de nouveau enlevé, sans que pour cela la situation se modifiât. Les douleurs et les gonflements se raréfièrent, mais vers la mi-septembre ils reparurent plus fréquemment, de façon qu'à la fin du mois la malade donna enfin son assentiment à l'ouverture de l'antre d'Highmore, qui, selon les professeurs Meynert et Krafft-Eybing, recélait une maladie.

Dans l'espoir de trouver une tumeur, j'ouvris, le 29 septembre, la cavité par la fosse canine, la partie molle fut anesthésiée au moyen d'injections sous-muqueuses d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0, et ensuite une incision horizontale la sépara du périoste.

Après le refoulement du périoste la paroi osseuse fut perforée au moyen du trépan en trois points très rapprochés l'un de l'autre; les trous produits par le perforateur furent réunis par le ciseau et la pince à enlever les esquilles, de sorte qu'à la fin il se forma une ouverture ronde d'environ 2 centimètres. Il ne s'écoula pas de pus, et malgré un sondage minutieux on ne trouva aucune tumeur. Une cuiller tranchante à long manche ne rencontra dans la partie supérieure qu'un tissu mou qui fut aussitôt raclé. Le liquide injecté (solution d'acide phénique à 1/2 0/0) s'écoula facilement par le nez. Enfin la cavité fut tamponnée avec de la gaze iodoformée à 50 0/0. Ces résultats devaient faire chercher ailleurs la cause des douleurs et de l'exophtalmie.

Les douleurs augmentèrent bientôt tellement qu'on dut avoir recours à la morphine et à d'autres narcotiques. Le tamponnement de l'antra d'Highmore fut poursuivi pendant quinze jours et amena l'occlusion rapide de l'ouverture de la perforation. une tentative avec de l'iodure de potassium dut être abandonnée sur le refus de la malade; les douleurs revinrent plus violentes et ne se limitèrent plus au nerf sous-orbitaire, mais se propagèrent au nerf sus-orbitaire et bientôt à l'occiput.

Le 15 octobre, les professeurs Albert et Benedict diagnostiquèrent une névralgie et conseillèrent la résection des nerfs, cette opération fut refusée.

Il se développa chez la malade de la tristesse et des hallucinations; le Dr Lœwenfeld prit la direction du traitement, il administra deux grammes d'iodure de potassium par jour, et par ce moyen il réussit à ce qu'à la fin d'octobre les douleurs, la tristesse et les hallucinations disparurent, et que la malade se trouva bien et complètement dans son bon sens; elle n'avait plus de fièvre et se nourrissait suffisamment. Cette amélioration ne fut pas de longue durée: dès le 3 novembre, la fièvre reparut et amena la tuméfaction de la glande sous-maxillaire; le 5 novembre se manifesta une parotidite, un état comateux, et le 6 novembre la malade mourut.

L'autopsie ayant été refusée, il faut supposer qu'il s'agissait d'un abcès qui comprimait consécutivement la première et la

seconde fibre du trijumeau et cintrait légèrement le bulbe en dehors, sans endommager le nerf optique, la faculté visuelle n'ayant pas souffert. Le même abcès doit avoir atteint en partie le cerveau et enfin produit des métastases dans la glande sous-maxillaire et la parotide. Toutefois cette observation prouve qu'il y avait beaucoup de preuves à l'appui du diagnostic d'affection de l'antre d'Highmore et que pourtant ce diagnostic était faux. C'est la trépanation de la cavité qui en premier lieu donna un éclaircissement certain.

Dans les deux observations suivantes, les malades refusèrent de sacrifier aucune dent.

OBSERVATION XVI. — M<sup>r</sup> H. Sch..., âgé de 26 ans, vient me consulter le 13 février 1892, pour un écoulement purulent de la narine gauche. L'écoulement dure depuis 12 ans, particulièrement fort le matin et très fétide. Le malade avait conservé ses dents intactes jusqu'à 6 ans auparavant, époque où il perdit la première molaire supérieure gauche à la suite d'une périostite de la racine; on voit dans la narine gauche du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire. Tout en ne ressentant aucune douleur, le malade, qui était vigoureux, se sentait toujours fatigué. Je perçai au moyen d'un trocart explorateur ordinaire, la paroi nasale externe au-dessous du cornet inférieur, et il s'écoula par l'ouverture naturelle une grande quantité de pus fétide d'un gris jaune.

Le lendemain j'ouvris l'antre d'Highmore par la fosse canine; le malade ne voulant sacrifier aucune dent, je pratiquai une ouverture de 5 millimètres; je fis une injection et tamponnai avec de la gaze iodoformée à 50 0/0. Deux jours après apparut une tuméfaction de la joue. Le troisième jour je fis une nouvelle injection après avoir enlevé le tampon, et six jours après l'opération, je renvoyai le malade en recommandant à son médecin de retirer le tampon une fois par semaine. Le 30 mars il revint me trouver. L'empyème était presque guéri.

OBSERVATION XVII. — M<sup>r</sup> A. A..., âgé de 35 ans, de Salonique, m'est adressé le 26 octobre 1891, par le D<sup>r</sup> Eskenazi, pour un écoulement purulent profus de la narine gauche. Le D<sup>r</sup> Eskenazi et le D<sup>r</sup> Photiades ont trouvé des polypes du cornet gauche moyen et un petit os à nu situé au même endroit, et en dehors de cela ils présumèrent une suppuration de l'antre d'Highmore ou des cellules ethmoïdales. Je trouvai du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire et tentai, mais sans

succès, de pénétrer par l'ouverture naturelle et par le méat inférieur. J'ouvris alors l'antre d'Highmore gauche par la fosse canine et y trouvai immédiatement du pus que je fis disparaître par un lavage abondant. Je tamponnai ensuite avec de la gaze iodoformée, et les jours suivants j'observai un fort gonflement de la joue, qui cessa peu après. Le 4 novembre, je changeai pour la seconde fois la gaze iodoformée et laissai partir le malade le 9 novembre, en lui recommandant de changer la gaze tous les quatre ou cinq jours. Je ne pus enlever le petit os situé à nu sur le cornet moyen. D'après les lettres que j'ai reçues jusqu'à la fin de janvier 1892, la sécrétion de la cavité est complètement tarie, mais celle du nez persiste. Le malade se plaint aussi de la douleur que lui cause le renouvellement du tampon.

Vers la mi-février 1892, j'appris par son beau-frère que la sécrétion de la narine gauche avait presque entièrement cessé, mais que depuis quelques semaines il s'en était établi une à droite, de sorte que nous sommes ici en présence d'une affection bilatérale de l'antre d'Highmore.

Les cas suivants ont tous été traités par le tamponnement pratiqué par une lacune de l'alvéole; cette lacune fut produite par l'extraction de la dent; soit qu'une extrémité de la racine eût pénétré dans l'antre d'Highmore, soit qu'elle eût été produite d'abord par un perforateur, mais toujours amenée à un diamètre de 4 à 6 millimètres.

OBSERVATION XVIII. — M. G..., âgé de 60 ans, souffre d'une suppuration de l'antre d'Highmore droit, qui a été ouverte il y a 4 mois par un confrère après l'extraction de la deuxième molaire. Ce médecin fit faire quotidiennement par l'ouverture d'un diamètre de 4 millimètres, des injections en partie avec des solutions d'hypermanganate de potasse, en partie avec de l'acide acétique, mêlé à l'alun, en partie avec de l'acide phénique, que le malade pratiquait lui-même à l'aide d'un cathéter et d'un ballon injecteur. La suppuration, malgré cela, ne diminua pas pendant ces 4 mois, et au contraire elle était chaque jour si abondante et si fétide que le malade maigrissait et était épuisé.

J'entrepris, le 4 janvier 1892, le tamponnement avec la gaze iodoformée, et après avoir changé deux fois le tampon, je constatai la disparition de l'odorat, et le 24 janvier la cessation complète de la suppuration après que la gaze eut été laissée huit jours en place. Afin d'amender l'odeur désagréable de l'iodoforme, je mis, le 5 février, de la gaze iodolée à 10 0/0, mais

quand je la retirai, le 12 février, elle était putréfiée bien qu'un lavage explorateur n'eût pas amené d'issue de pus. Je remis alors de nouveau de la gaze iodoformée. La nutrition du malade s'était pendant ce temps étonnamment améliorée, apparemment à cause de la réduction de la sécrétion purulente. Jusqu'au 16 mars, le tampon fut chargé toutes les semaines, sans le moindre écoulement purulent, ce qui fit regarder l'empyème comme guéri; toutefois le malade, dans la crainte d'une récurrence, ne veut pas encore renoncer au tamponnement. Le 28 mars on enleva définitivement le tampon. L'ouverture se ferma presque entièrement en 3 semaines.

OBSERVATION XIX. — Henri H..., âgé de 25 ans, se présente à ma consultation le 1<sup>er</sup> février 1892, en se plaignant d'un écoulement purulent fétide de la narine gauche, qui était survenu huit jours après l'extraction de la première molaire. Il y avait du pus dans la région de l'hiatus semi-lunaire, et une ponction exploratrice à travers le méat inférieur donna issue, après une injection, à une grande quantité de pus fétide. Le lendemain, l'antre d'Highmore fut ouvert au moyen du trépan perforateur à travers la lacune de la dent encore persistante; il fut de nouveau lavé avec une solution d'acide phénique à 1/2 0/0, et tamponné avec de la gaze iodoformée à 50 0/0. Le tampon fut renouvelé sept fois jusqu'au 11 mars, ce qui amena chaque fois une légère hémorragie. Toutefois deux injections exploratrices démontrèrent la cessation de la suppuration.

OBSERVATION XX. — Anna Cz..., âgée de 33 ans, depuis longtemps ne respire plus par le nez. Le 1<sup>er</sup> mars 1892, elle présentait une hypertrophie polypoïde bilatérale du cornet moyen, qui fut enlevée au moyen de l'anse froide. Le 5 mars, je remarquai une collection purulente dans la région de l'hiatus semi-lunaire gauche, et après avoir ponctionné à travers le méat inférieur, je pratiquai le lavage explorateur de l'antre d'Highmore gauche, ce qui amena un écoulement profus de pus fétide. Le 7 mars, j'enlevai la seconde prémolaire, qui était déjà si fortement cariée, qu'une grande partie de la couronne faisait défaut. Je perforai à travers l'alvéole au moyen du trépan perforateur, je fis une ouverture large de 5 millimètres, je lavai et je tamponnai avec la gaze iodoformée. Le tampon fut changé deux fois jusqu'au 18 mars; la malade se plaignait de maux de tête à gauche et d'insomnie; toutefois la suppuration de l'antre d'Highmore avait presque complètement cessé, ainsi que le démontra le lavage explorateur.

OBSERVATION XXI. — H. W. . . , âgé de 40 ans, se plaignait, le 8 mars 1892, de kakosmie subjective et de suppuration de la narine gauche, en même temps que de douleurs dans la région de la joue gauche. Tous ces symptômes se sont manifestés bientôt après l'extraction de la première molaire, qui a été effectuée il y a six semaines et qui a été suivie de l'ouverture de l'antre d'Highmore. Je trouvai une lacune profonde de 4 millimètres environ qui conduisait dans l'antre d'Highmore, et je fis une injection à la suite de laquelle il s'écoula beaucoup de pus, puis je tamponnai avec de la gaze iodoformée. Le 16 mars, dès le second changement de tampon, il ne sortit plus de pus à la suite du lavage explorateur.

Dans tous les cas, le tamponnement avec de la gaze iodoformée à 50 0/0 opposa une grande résistance à la suppuration, de plus il cause peu d'ennui au malade, n'ayant besoin d'être renouvelé que tous les huit jours, et rendant inutile dans l'intervalle l'emploi des injections.

L'occlusion de la lacune ne se produisit pas, il est vrai, dans une partie de mes observations, mais la raison doit en être attribuée soit au traitement non encore déterminé soit au mauvais vouloir des malades, qui craignaient une récurrence de la suppuration la plus importune.

Je crois, d'après cela, qu'à l'avenir il faudra employer, le tamponnement à la gaze iodoformée recommandé par Schech comme la méthode de choix pour le traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore car il réclame peu d'attention de la part du malade et du médecin, et il tarit rapidement la suppuration.

En me basant sur mes 21 observations nouvelles et sur mes 7 anciens cas, je conclurai de la façon suivante au point de vue de la thérapeutique de l'antre d'Highmore :

1° Dans des cas très rares d'empyème causé par une périostite de la racine, le malade peut être guéri par l'extraction de la racine (1).

2° De fréquentes irrigations nasales peuvent amener une amélioration notable (4 cas).

3° Les injections de l'antre, bien que pratiquées régulièrement et assidûment, n'amènent souvent aucune guérison,

(1) *Wiener Klin. Wochenschr.*, n° 48 et 49 obs. 7, 1889.



quoique d'habitude elles améliorent. Dans l'observation XVIII, on constata au contraire l'augmentation de la suppuration.

4° C'est seulement dans les cas de suppurations récentes, survenues à la suite de périostite de la racine, qu'un petit nombre d'injections amènent ordinairement la guérison.

5° Les injections pratiquées avec succès à travers l'ouverture nasale du sinus maxillaire, de façon que le pus s'écoule vraiment avec le liquide injecté, ne m'ont réussi que dans le dixième cas.

6° Les injections systématiques ne se font facilement et commodément que par l'opération alvéolaire; leur pratique par le méat inférieur donne beaucoup de mal et est très difficile à exécuter par les malades eux-mêmes.

7° L'insufflation d'iodoforme pulvérisé ne donne pas de résultat certain.

8° Pendant toutes ces manœuvres thérapeutiques, l'autre doit être fermé du côté de la bouche.

9° Les résultats les plus sûrs sont obtenus par le tamponnement avec la gaze iodoformée, parce qu'il tarit très rapidement la suppuration, qu'il n'a besoin d'être pratiqué qu'une fois par semaine, qu'il peut être employé aisément par tous les médecins, et qu'il obstrue sûrement l'autre du côté de la bouche.

10° Pour effectuer le tamponnement, on pratique d'ordinaire une ouverture large de 4 à 6 millimètres dans une alvéole. On n'ouvre par la fosse canine que par des percées déjà faites, ou sur le refus du malade de sacrifier une dent, ou quand on veut entreprendre un raclage important de la cavité. Toutefois le tamponnement par la fosse canine est toujours fatigant et douloureux.

---

## II

DES AFFECTIONS DU NEZ ET DE SES ANNEXES  
DANS L'INFLUENZA.Par le Dr **PAUL TISSIER**

## I

Durant les années 1890 et 1891 nous avons été frappé de la fréquence relative de l'empyème des sinus, et des sinus maxillaires en particulier, fréquence qui, après avoir présenté son maximum pendant les six premiers mois de l'année 1890, a été progressivement en décroissant, pour remonter depuis les premiers mois de 1892.

L'interrogatoire de nos malades nous a permis de rattacher dans un certain nombre de cas la lésion suppurative du sinus à une rhinite contemporaine de la grippe (épidémie de 1889-90 ou de 1891-92).

Nous avons été ainsi amené à étudier de plus près cette intéressante question des manifestations nasales de l'influenza, et la dernière épidémie que nous venons de traverser, bien qu'elle n'ait pas présenté l'intensité et surtout l'extension de la précédente, nous a cependant fourni l'occasion de réunir un certain nombre d'observations qui nous ont aidé dans la rédaction de ce travail.

## II

Bien que les manifestations nasales de l'influenza soient fréquentes, nous dirions presque habituelles, sans doute en raison même de cette fréquence et certainement aussi à cause de leur peu de gravité en général, elles n'ont suscité qu'un petit nombre de travaux. Nos recherches bibliographiques ne nous ont fait découvrir aucune étude d'ensemble,

alors que les mémoires consacrés aux complications auriculaires, par exemple, ont été fort nombreux.

Nous nous bornerons à signaler une courte communication d'*Ewald* sur un cas de méningite consécutive à l'inflammation aiguë, suppurative, des cellules ethmoïdales, une statistique d'*Herzog* sur la fréquence relative des lésions du nez, un travail un peu plus complet de *M. Nimier*, qui se borne d'ailleurs à rapporter quelques cas assez particuliers et enfin des données anatomo-pathologiques et bactériologiques d'un grand intérêt puisées dans un important travail de *Weichselbaum* consacré à la bactériologie de l'influenza (1).

### III

La grippe débute souvent par du *coryza* ; c'est là un des préludes les plus habituels. Dans certaines épidémies : dans celle de 1676, dont *Sydenham* nous a laissé une description remarquable ; dans celle de 1762, dont *Razoux*, de Nîmes, nous a ainsi relaté les manifestations nasales : écoulement d'un liquide d'abord très limpide et très abondant, devenant chaque jour plus consistant et prenant une couleur verdâtre, puis jaune et enfin blanche opaque ; dans celle de 1835 décrite par *Graves*, etc., ce mode de début fut peut-être plus fréquent que dans l'épidémie de 1889-90. Dans la petite épidémie de 1891-92, l'inflammation des voies aériennes supérieures, de la muqueuse nasale en particulier, nous a paru plus commune.

Il est de règle aussi que l'inflammation se propage par les canaux lacrymaux jusqu'à la conjonctive ; les yeux sont alors rouges, larmoyants et la photophobie est assez habituelle. Elle déborde aussi par l'orifice postérieur des fosses nasales et provoque alors de la pharyngite catarrhale.

Il nous paraît exagéré de rapporter, avec *C. Rosenthal*, à une propagation de la lésion nasale l'amygdalite et même la

(1) Nous n'avons pu nous procurer le grand travail consacré à l'épidémie de grippe de 1889-1890, que vient de publier la Société de médecine interne de Berlin.

stomatite qu'on observe parfois simultanément. Il nous semble plus conforme à la réalité des faits d'admettre qu'il s'agit là de manifestations concomitantes, convergeant toutes les deux vers le pharynx, où elles se continuent volontiers, et c'est à cette situation particulière du rétropharynx, au confluent de deux muqueuses enflammées, qu'il faut, à notre avis, rapporter la fréquence de ses lésions et aussi, par suite, celle des suppurations de la caisse qui n'en sont le plus souvent qu'une conséquence.

Mais nous croyons que le rôle de la rhinite dans la genèse des otites suppurées, si communes dans la grippe, doit être considéré comme plus important en réalité que celui des inflammations de la gorge, et des amygdales en particulier.

Nous avons pu suivre en effet plusieurs cas où la complication otitique catarrhale s'est développée en dehors de toute lésion appréciable de la gorge.

M. Fr..., 7 ans ; légère atteinte de grippe, coryza assez intense ; le 4<sup>e</sup> jour de la maladie, douleurs spontanées dans l'oreille gauche.

La pression, au niveau du tragus et la traction du pavillon de l'oreille, réveille des douleurs ; bourdonnements assez pénibles.

Il est à remarquer que le jeune malade présentait antérieurement une légère sténose de la fosse nasale gauche.

A l'examen, sécrétion nasale muco-purulente moyennement abondante ; tuméfaction et rougeur vive des cornets. Amygdales et pharynx inférieurs absolument indemnes. Léger mouvement fébrile.

A l'examen de l'oreille, rougeur diffuse du tympan, plus marquée à la partie postérieure. Instillation de quelques gouttes de glycérine phéniquée au 1/10.

La douleur se calme rapidement et les phénomènes subjectifs (douleurs, bourdonnements) disparaissent en quelques jours.

Tous les auteurs ont décrit le coryza aigu du début de l'influenza : Il fait partie du tableau symptomatique de la période d'invasion de la maladie, et il en constitue même un des traits les plus typiques.

Les deux fosses nasales sont ordinairement prises, bien

qu'en règle générale non simultanément ; au début, ce sont de légers picotements, une sensation de gêne, avec ou sans éternuements, de l'enchiffrement, de la perte de l'odorat, symptômes auxquels ne tarde pas à s'ajouter une sécrétion en général *abondante*, d'abord fluide, aqueuse qui, les jours suivants, devient plus consistante, opaque, blanchâtre, muco-purulente.

Elle peut aussi prendre une teinte verdâtre (*Jaccoud*), comme dans le coryza aigu vulgaire ; mais son caractère le plus constant, c'est sa tendance à présenter une coloration *blanc-opaque*.

La sécrétion nasale, par son abondance, par ses propriétés irritantes, enflamme les narines et la lèvre supérieure ; cette inflammation, qui peut même s'accompagner d'érosions superficielles assez douloureuses, siégeant de préférence au niveau des angles externe et interne de la narine, se traduit par un léger gonflement et une teinte érythémateuse rouge vif du pourtour des narines.

Dans l'épidémie de 1762, la rougeur, le gonflement et la douleur étaient si marqués, que *Fuster* a pu comparer ces lésions à celles de l'érysipèle.

La rhinite de l'influenza s'accompagne souvent de phénomènes douloureux : céphalalgie pénible, continue, frontale, etc., témoignant de la participation des sinus à l'inflammation nasale. Mais dans nombre de cas, il semble s'agir de phénomènes surtout congestifs et d'obstruction de l'orifice nasal des sinus par la muqueuse congestionnée. — Nous reviendrons dans un instant sur les complications survenant du côté des sinus.

La rhinite grippale habituelle a, en général, une évolution rapide : l'écoulement muco-purulent se tarit en quelques jours et les conséquences de la sténose nasale disparaissent en même temps.

Si l'on examine les fosses nasales pendant la période d'acmé du coryza aigu grippal, on ne trouve que les lésions banales de la rhinite aiguë vulgaire : La muqueuse, nette au début, se recouvre bientôt d'une sécrétion abondante muqueuse ou muco-purulente ; elle est tuméfiée, en quelque

sorte boursoufflée, souvent mamelonnée au niveau des cornets inférieurs. Elle présente une coloration rouge-vif uniforme et, au stylet, une consistance plus molle qu'à l'état normal. Deux fois nous y avons noté de petites ecchymoses.

Il est assez difficile de fixer d'une façon très rigoureuse la fréquence relative de cette manifestation. Elle est variable, avons-nous dit, suivant les épidémies, et elle est souvent assez légère et assez transitoire pour ne pas éveiller spécialement l'attention du malade ou du médecin.

*Herzog* a observé 150 fois le coryza séreux aigu, tandis qu'il n'a vu que 8 fois le catarrhe purulent.

#### IV

Etudions maintenant les autres manifestations nasales de la grippe et, tout d'abord, l'*épistaxis*, dont la fréquence a notablement varié suivant les épidémies.

L'*épistaxis* est généralement précoce, c'est un symptôme de début ; dans certaines épidémies (*Lunenberg*, 1782), elle aurait même constitué à elle seule toute la symptomatologie de la maladie. Parfois unique et assez abondante, elle peut se renouveler plusieurs jours de suite : *M. Comby* a signalé des exemples d'*épistaxis* répétés chez les enfants, et *M. Antony* les a vues se reproduire pendant un mois chez un soldat.

Nous en avons noté plusieurs exemples pendant l'épidémie de 1889-90, et si nous ne possédons pas de chiffres exacts, nous pouvons cependant affirmer que les *épistaxis* ont été relativement assez rares, puisque nous n'avons guère trouvé plus de trois ou quatre cas d'*épistaxis*, assez abondantes, parmi les nombreux malades soignés à l'*Hôtel-Dieu* dans le service de M. le professeur *Proust*, dont nous avons alors l'honneur d'être interne. *Herzog*, au contraire, a souvent observé l'*épistaxis* (1).

Ce fut donc, en laissant de côté les cas où les sécrétions

(1) D'une façon générale les manifestations hémorragiques de l'influenza semblent avoir été beaucoup plus fréquentes en Allemagne que chez nous.

nasales étaient plus ou moins mêlées de sang, comme dans les épidémies du xvi<sup>e</sup> siècle (*Bæckel*), un symptôme très inconstant.

Il ne nous a pas semblé avoir d'influence notable sur l'évolution de la maladie, dont il atténue seulement parfois un symptôme pénible la céphalalgie, et, nous ne lui avons trouvé ni le caractère de crise favorable, comme dans les épidémies de 1411, de 1580, de 1727, de 1837, ni un pronostic fâcheux comme chez les malades de 1743, chez lesquels des épistaxis précédaient souvent ou accompagnaient le dénouement fatal (*Sauvages*).

#### IV

A côté de la rhinite aiguë simple, que nous venons de décrire et que l'on ne peut guère observer qu'à la condition d'examiner systématiquement tous les malades grippés dans la maladie desquels l'épisode nasal n'occupe qu'un plan accessoire et qui, par suite, ne réclament pour ainsi dire jamais de soins spéciaux, nous placerons une forme plus rare mais plus grave de rhinite grippale, la *rhinite purulente d'emblée*.

Elle se montre surtout dans les formes sévères, avec détérioration rapide de l'état général, mais peut aussi se voir chez des malades en apparence peu touchés. Les symptômes diffèrent peu de ceux du coryza aigu grippal habituel, mais la sécrétion est peu abondante, surtout au début et d'emblée purulente, ou plutôt pyo-sangiante. A ce moment la muqueuse nasale est fortement tuméfiée et d'une coloration rouge intense. Bientôt la sécrétion devient franchement purulente, abondante, peu consistante, d'odeur fade, et à l'examen rhinoscopique la muqueuse se montre entièrement tapissée de pus.

Il est rare que la lésion ne soit pas d'abord unilatérale. L'intensité et l'extension de l'irritation de l'orifice des narines et de la lèvre supérieure témoignent de la nature éminemment septique des produits de sécrétion.

Cette forme de rhinite peut guérir sans incidents, mais il faut bien savoir qu'elle est l'origine la plus fréquente des



complications du côté de l'oreille, des sinus et même des méninges.

C'est la modalité la plus virulente, la plus redoutable des rhinopathies grippales et si la rhinite habituelle simple peut aussi se compliquer, c'est dans une proportion de cas infiniment moindre.

Aussi trouverons-nous tout à l'heure à l'origine de la plupart des cas compliqués que nous rapporterons, la rhinite purulente d'emblée.

Nous n'en avons observé, à l'époque même de l'épidémie de 1889-1890 que deux cas, tous deux compliqués d'otite moyenne suppurative. L'un terminé simplement après paracentèse de la caisse, l'autre compliqué de mastoïdite qui se termina aussi par suppuration. M. Cézilly signale aussi des cas de ce genre.

Depuis lors nous en avons reconstitué plusieurs observations. Ajoutons qu'elle semble pouvoir aboutir à la *rhinite purulente chronique* :

Georges K..., employé de commerce, 41 ans, vient nous consulter en août 1890 pour un écoulement purulent du nez, remontant au mois de janvier de la même année, époque à laquelle il a eu une attaque de grippe. Depuis, l'écoulement a persisté très abondant, surtout du côté gauche. Le malade est obligé de faire une véritable provision de mouchoirs lorsqu'il a à sortir.

A l'examen, catarrhe chronique du nez avec tuméfaction diffuse de la muqueuse. Traitement : lavages au permanganate à 0,20/00. Au bout de 15 jours l'écoulement est devenu insignifiant et séreux. La guérison complète, définitive, s'est maintenue depuis lors.

Nous arrivons maintenant aux complications de la rhinite grippale. Nous avons déjà mentionné l'*otite moyenne suppurée*, nous n'y reviendrons pas.

En raison des connexions qui unissent la cavité nasale aux méninges, il est sans doute possible d'expliquer parfois par une propagation directe certaines *méningites* observées au cours de grippe, mais le plus souvent entre la méningite et l'affection nasale se place comme intermédiaire une inflammation des sinus sphénoïdaux ou frontaux, ou encore des cellules ethmoïdales.

## V

Abordons maintenant l'étude des lésions des sinus.

Tous peuvent être pris : voici la proportion des faits que nous avons observés ; sinus frontal, 2 cas ; sinus maxillaire, 5 cas ; sinus sphénoïdal, 1 cas douteux.

La fréquence des lésions des sinus dans la grippe est beaucoup plus grande qu'on ne pourrait le supposer à priori. *Weichselbaum* y a constaté 9 fois sur 10 des altérations plus ou moins profondes et généralisées.

Les sinus maxillaires furent le plus souvent touchés, et après eux les sinus frontaux.

Tantôt la cavité fut trouvée remplie de pus liquide, ou au contraire épais (exsudat fibrino-purulent), tantôt au contraire d'une exsudation séro-fibrineuse plus ou moins abondante.

Tandis que dans ce dernier cas, la muqueuse des sinus présentait surtout des lésions d'œdème, pâle ou congestif, dans les faits de la première catégorie la muqueuse des sinus fut trouvée tuméfiée, fortement vascularisée et présentant de nombreuses ecchymoses et parfois tapissée par un exsudat visqueux très adhérent.

Les microbes rencontrés furent assez variables : cependant, dans tous les cas, *Weichselbaum* rencontra un microbe arrondi, très petit, prenant faiblement la fuchsine, qu'il identifie avec le *diplocoque de la pneumonie*, bien qu'il fasse remarquer avec soin quelques différences avec le microbe de *Talamon-Fränkel*, notamment au point de vue des cultures et surtout de la durée de la virulence.

A côté de ce coque, il trouva 4 fois le *streptocoque pyogène* et 6 fois le *staphylocoque doré*. *Prior* a retrouvé aussi ces micro-organismes, mais en nombre relativement restreint dans les cas d'infection polymicrobienne. Les diplocoques dominèrent de beaucoup. *Weichselbaum* reconnut aussi un certain nombre d'autres micro-organismes mal définis, ayant les uns les caractères des coques, les autres ceux des bacilles. Faut-il voir dans l'un de ces micro-organismes le germe pathogène de la grippe encore mal déterminé à l'heure actuelle,

malgré les recherches de *Pfühl*, de *Canon*, de MM. *Cornil* et *Chantemesse* etc., ou bien, au contraire, le diplocoque identifié, sous réserves, par *Weichselbaum* avec le diplococcus pneumoniae, diplocoque qui fut constamment rencontré, ne représente-t-il pas le microbe de l'influenza? C'est une supposition qui est parfaitement permise, d'après les faits observés par *Pfühl*.

Quoi qu'il en soit, *Weichselbaum* considère la présence de ce diplocoque comme l'expression d'une infection secondaire, préparée par le germe inconnu de la grippe. Les recherches de *Besser*, de M. *Netter* nous ont d'ailleurs appris que le pneumocoque pouvait exister à l'état normal dans la cavité nasale.

Ces données bactériologiques tendraient à nous expliquer d'une façon, en réalité, fort satisfaisante, les modalités de la grippe nasale.

Les lésions des sinus, que nous sommes conduit à admettre comme très fréquentes, généreraient le plus souvent spontanément; on sait la bénignité relative des empyèmes pneumococciques. Lorsqu'au contraire à côté du pneumocoque il existe soit des staphylocoques, soit des streptocoques, la lésion deviendrait plus grave et plus tenace, et c'est à une association microbienne complexe qu'il faudrait rapporter les empyèmes des sinus survivant plus ou moins longtemps à la grippe.

Nous aurons à revenir bientôt sur ces considérations.

## VI

Nous n'avons pas observé de lésions des cellules *ethmoïdales*; *Weichselbaum* les a rencontrées une fois. *Ewald* a publié un cas intéressant, que nous rapporterons brièvement, fait dans lequel il constata la présence de pus dans les cellules *ethmoïdales* et une méningite suppurée.

Il s'agissait d'un jeune médecin, qui, alors que la fièvre était déjà tombée, ressentit de vives douleurs dans la sphère de la deuxième branche du trijumeau; la fièvre reparut et le malade diagnostiqua lui-même un empyème de l'antre d'Hiemore; on fit

l'ouverture du sinus maxillaire, et il en sortit en abondance du pus de mauvais aspect ; l'état général ne s'amenda pas et le malade ne tar la pas à perdre connaissance, et à succomber.

A l'autopsie, on trouva du pus dans les cellules ethmoïdales, un dépôt purulent sur le cornet supérieur et une méningite basilaire, suppurée, circonscrite, suivant le trajet des vaisseaux. Dans le pus on constata la présence du *staphylococcus pyogenes aureus*.

Les suppurations des cellules ethmoïdales semblent être souvent la cause de la méningite suppurée, et il est probable que le nombre des observations se multiplierait rapidement si l'on voulait bien s'enquérir avec soin, dans tous les cas d'origine douteuse, de l'état des cellules ethmoïdales.

L'origine nasale de certaines méningites établie par les faits de *M. Netter* et de *Huguonin*, s'explique par les rapports de contiguïté des fosses nasales et de la cavité crânienne, rapports d'autant plus immédiats dans certains cas, que la lame osseuse limitante peut manquer. Enfin, les processus infectieux suivent souvent aussi la gaine des nerfs et les vaisseaux. Ce sont là des points récemment bien mis en lumière par *Flatau*.

Pareille propagation vers les méninges peut se produire dans les suppurations des sinus frontaux et spénoïdal.

La première observation du mémoire de *Weichselbaum* se rapporte à un cas de méningite suppurée, avec abcès du lobe frontal droit du cerveau consécutif à un empyème du sinus frontal correspondant. Dans ce cas, il y eut, comme dans le suivant, que nous avons pu suivre, des complications du côté de l'orbite. C'est là, comme on sait, une éventualité assez commune (1).

M. X..., ecclésiastique, 35 ans, vient nous consulter à l'Hôtel-Dieu, en 1890 ; à la suite de la grippe, a persisté un écoulement purulent de la narine gauche, avec céphalalgie frontale gauche revenant par intervalles. Il y a quelques semaines, les douleurs sont devenues plus vives et continues, et à la partie interne de l'orbite gauche, s'est montrée une tuméfaction douloureuse, siège

(1) *M. Berger* rapporte même à la lésion du sinus frontal, les abcès profonds des paupières décrits par *Landolt*, *Lyder Bothen*, etc., à la suite de l'influenza.

d'élancements. L'incision donna issue à une petite quantité de pus mal lié. Il persiste actuellement une fistule suintant fort peu.

Ce dont le malade se plaint avec insistance, c'est d'une douleur qu'il localise d'une façon précisée à la région du sinus frontal gauche.

A l'examen rhinoscopique, rhinite subaiguë avec tuméfaction légère de la muqueuse. Dépôt purulent crémeux sur la paroi externe des fosses nasales, au-dessus et à la surface du cornet moyen et au niveau du infundibulum.

Des lavages méthodiques de la cavité nasale et de la fistule orbitaire assurèrent, assez lentement d'ailleurs, la guérison.

Le second mala le atteint d'empyème postgrippal du sinus frontal que nous avons observé, ne put être suivi. Il fut traité, d'après ce qu'on nous a dit, par la trépanation du sinus frontal. Nous n'insisterons pas.

Les lésions du *sinus sphénoïdal* sont autrement difficiles à reconnaître. Nous nous expliquons : il faut y penser, en effet, et quand on se trouve, ce qui est le cas, en pareille circonstance, en présence de lésions variées de la muqueuse nasale, ce n'est guère que par élimination que l'on peut être conduit à s'enquérir de l'état du sinus sphénoïdal. Et cela d'autant plus que nous croyons beaucoup trop complexe la symptomatologie attribuée par les auteurs à l'empyème du sinus sphénoïdal (*Weichselbaum, E. Berger, Schæffer, Kaplan*, etc.). Nous pensons que dans la plupart des cas décrits, il s'agit de suppurations du sinus déjà compliquées, et nous serions porté à supposer (malheureusement nous n'avons pas assez de cas pour être plus affirmatif) que l'histoire pathologique du sinus sphénoïdal est sinon à refaire, du moins à reviser sérieusement. Nous comparerions volontiers l'état actuel de la question à celui de l'empyème de l'autre d'Highmore avant les mémorables travaux de *Ziem* et des auteurs contemporains. En d'autres termes, nous pensons qu'il faut admettre une forme *latente* de l'empyème des sinus sphénoïdaux.

Néanmoins, comme ce n'est pas avec les quelques observations que nous possédons, que l'on peut formuler une opinion précise, nous réserverons notre jugement jusqu'à plus ample informé.

Quoi qu'il en soit, voici brièvement résumée la seule observation où nous ayons cru pouvoir admettre l'existence d'un processus inflammatoire du sinus sphénoïdal se rattachant à la grippe.

M. Georges K., 38 ans, nous est adressé en février dernier par un confrère, pour une céphalalgie sourde intermittente, dont le début semblait nettement remonter à une atteinte toute récente de grippe.

La maladie avait débuté par un coryza vulgaire avec écoulement limpide, excessivement abondant. A ce moment, le malade nous raconte avoir eu une légère dureté de l'ouïe, point à retenir, car il nous indique l'atteinte précoce du pharynx nasal. Au cinquième jour de son coryza, douleur vive frontale et occipitale, malaise général, diminution très marquée du coryza.

Les douleurs, après avoir atteint un haut degré d'intensité, se sont un peu calmées depuis deux jours. A l'examen rhinoscopique antérieur, léger état congestif de la muqueuse. A la rhinoscopie postérieure, la voûte du pharynx et la paroi postérieure sont recouvertes de mucus assez liquide, blanc jaunâtre. Mucus sur l'extrémité postérieure du cornet moyen, et sur toute la partie supérieure des choanes, surtout à droite.

Nous prescrivons des lavages antiseptiques (solvéol, 5 gr., eau 1,000). Sous leur influence, la suppuration diminue notablement d'intensité. Douche d'air et lavages. La guérison se fit en moins de 15 jours.

Étions-nous en droit d'admettre une lésion des sinus sphénoïdaux? Nous avons trouvé quelques observations analogues, notamment un fait de *Jurasz*, dans lequel l'évolution fut presque identique. — Ainsi, malgré l'absence de raideur de la nuque, de rougeur érysipéloïde de la racine du nez, avec tuméfaction des paupières, etc., etc. Nous croyons, en raison de la netteté des constatations objectives, qu'on ne saurait contester notre diagnostic.

Ce n'est pas le lieu ici d'insister sur le rôle des infections sphénoïtales dans la genèse de la méningite (*Netter*) et de certaines lésions orbitaires (*Guillemain et Terson*); nous nous bornons à les signaler.

Mentionnons encore la possibilité de la propagation de l'inflammation du sinus sphénoïdal à la gaine du nerf optique (névrite optique rétro-bulbaire canaliculaire).

Bien autrement fréquentes sont les lésions des *sinus maxillaires*. Nous en avons observé 5 cas, dont 3 ont été suivis jusqu'à complète guérison.

Des deux premiers nous ne dirons rien, n'ayant pu les suivre, sinon que les malades se trouvèrent notablement soulagés par les lavages du nez, que nous leur avions tout d'abord prescrits.

Voici, succinctement rapportés, les trois autres cas :

a) M. Charles X..., photographe, vient nous consulter en juillet 1891; il a, depuis 1890, époque où il eut une atteinte assez grave de grippe, un écoulement abondant du côté droit. Soigné d'abord à l'hôpital Lariboisière, où on lui prescrivit des lavages boriqués, il refusa de s'y laisser pratiquer l'ouverture du sinus par la voie alvéolaire.

Nous essayons de reconstituer l'histoire du début de sa maladie : L'influenza, chez lui, a commencé par un mouvement fébrile intense, avec courbature, malaise général et douleurs céphalalgiques violentes. Dès les premiers jours, le malade nous affirme avoir mouché du muco-pus sanguinolent. Le sang disparut bientôt et l'écoulement, très abondant, persista depuis.

Ce qui gêne encore davantage notre malade, c'est une odeur fétide, qui ne rappelle en rien celle de l'ozène, mais qui est cependant fort désagréable.

A l'examen, état congestif et épaissement diffus, assez léger, de la muqueuse nasale à droite, hypertrophie du cornet inférieur, *hypertrophie en bourrelet*, c'est-à-dire occupant toute l'étendue du cornet dont la surface interne présente une série de sillons verticaux sensiblement parallèles. Muco-pus dans le méat moyen et sur le cornet inférieur. L'extrémité postérieure de ce cornet et la voûte du pharynx sont également couvertes de muco-pus.

Nous prescrivons au malade des lavages au permanganate de potasse à 0,40/00. Ces lavages, surtout au début, furent assez pénibles. La sécrétion resta presque aussi abondante, mais toute fétidité disparut; en outre, l'état hypertrophique de la muqueuse nasale rétrocéda.

Devant la persistance de l'écoulement, nous nous demandions si nous n'allions pas être forcé de recourir à l'ouverture du sinus. Les dents étaient en parfait état; il était, par suite, délicat de proposer une intervention par la voie alvéolaire.

Avant de rien décider, nous eûmes l'idée de cathétériser



l'orifice du sinus. Après large cocaïnisation, le cathétérisme fut pratiqué assez facilement. En imprimant alors à la sonde quelques mouvements dans différents sens, nous cherchâmes à agrandir l'orifice.

Le résultat ne se fit pas attendre; le malade remarqua dès le soir même que l'écoulement se faisait plus abondant pendant la nuit, sans doute en raison du décubitus horizontal.

En même temps, l'écoulement diminua très notablement pendant la journée et, après une dizaine de séances successives et l'emploi alternatif de lavages boriqués et au permanganate, la guérison complète survint au bout d'environ deux mois de traitement.

b) Chez le second malade, vu à l'hôpital, en 1890, au mois de juillet, l'écoulement persistant, surtout abondant à droite, datait aussi d'une attaque de grippe sévère, qui l'avait tenu au lit pendant un mois et demi. Nous n'avons pu savoir la nature de l'écoulement nasal au début de la maladie. Le malade se rappelle seulement avoir éprouvé de violentes névralgies de la face à droite.

Pas d'altérations du côté des dents correspondantes.

Anosmie complète. Lésions de catarrhe nasal chronique assez intenses, que nous commençons par traiter.

Au bout d'un mois environ, le côté gauche peut être considéré comme guéri; l'amélioration est très nette à droite; cependant le malade mouche encore du muco-pus fétide.

Comme on constate, au rhinoscope, sur la face interne du cornet inférieur, une traînée de pus se continuant jusqu'au pharynx, nous pensons à la possibilité d'un empyème du sinus maxillaire.

Le cathétérisme est assez difficile, et ce n'est qu'à la seconde séance, et en forçant, que nous pénétrons dans le sinus; malgré l'aspiration, nous ne retirons rien. Nous injectons alors une petite quantité d'eau boriquée tiède dans le sinus et nous retirons ensuite par aspiration un liquide trouble contenant de petites particules de pus fétide gênant beaucoup l'évacuation. — (Nous ne connaissions pas à cette époque la sonde à double courant de Cozzolino, qui nous paraît devoir être fort utile en pareil cas.)

Nous pratiquons alors deux fois par semaine une injection dans le sinus sous assez forte pression. Par suite des manœuvres répétées de cathétérisme, l'orifice du sinus s'est élargi et le liquide peut refluer entre la sonde et la paroi.

L'acide borique ne produisit qu'une amélioration passagère; l'acide salicylique à 1/00 donna le meilleur résultat; mais c'est le permanganate de potasse qui modifia le plus rapidement la sécrétion, qui finit, au bout de quelques mois, par disparaître totalement.

L'injection, à la suite d'un lavage, d'un centimètre cube de glycérine iodoformée au 1/10, fut assez mal supportée. Nous n'avons pas renouvelé l'expérience; de sorte que nous ne sommes pas fixé sur l'action de ce procédé thérapeutique dans le cas actuel.

c) Notre troisième cas remonte à quelques semaines; il se rapporte à une jeune fille, soignée en décembre dernier par un de nos confrères, pour une atteinte de grippe avec manifestations pulmonaires assez sérieuses. Le catarrhe nasal fut d'emblée purulent.

Comme il persista malgré des lavages boriqués, un écoulement assez abondant à gauche, avec odeur fade plutôt que fétide et douleurs névralgiques intermittentes dans la région sous-orbitaire, notre confrère nous adresse sa malade en mars dernier.

A l'examen rhinoscopique, muco-pus peu adhérent sur le cornet inférieur et sur la cloison; après nettoyage, nous constatons l'existence, dans le méat moyen, d'un polype du volume d'un pois, de coloration rouge, saignant facilement.

L'aspect de ce polype nous fit admettre, de suite, qu'il s'agissait plutôt d'une néoformation inflammatoire secondaire à un empyème de l'autre d'Highmore, que d'un polype proprement dit (1).

Nous enlevons immédiatement cette masse polypiforme (constituée au microscope par du tissu de granulation), et nous prescrivons des lavages biquotidiens alternés de permanganate de potasse 0,10/00 et d'acide borique.

La guérison survint au bout de quinze jours de traitement sans autre intervention.

L'exactitude du diagnostic ne nous paraît pas douteuse; ajoutons que l'épreuve de Heryng, que nous ne croyons d'ailleurs nullement décisive, donna un défaut très net de transparence du côté malade.

(1). La coexistence des polypes et de l'empyème du sinus maxillaire est assez commune (Bayer, Knapp, Hartmann, Luc, Lichtwitz); avec Knapp, Rosenthal et Kauffmann, nous pensons que les polypes sont, dans bien des cas, une conséquence de l'empyème et non sa cause.

Ainsi, fait important, dans nos trois cas, la guérison fut obtenue sans qu'il fût besoin de recourir à l'ouverture du sinus maxillaire par la voie alvéolaire ou par la voie nasale.

Chez l'un de nos malades, des lavages du nez et l'ablation d'un polype; chez un second, le simple cathétérisme plusieurs fois renouvelé, de l'orifice au sinus maxillaire; chez le dernier, le cathétérisme suivi de lavages du sinus, (et une seule fois injection de glycérine iodoformée) suffirent pour amener la guérison définitive.

De ces faits découlent, à notre avis, des enseignements à retenir.

Le premier, c'est qu'il faut distinguer parmi les diverses suppurations de l'autre d'Highmore, comme on l'a déjà fait pour les suppurations de la plèvre en particulier, les suppurations tenaces et celles qui ne demandent qu'à guérir (1). Et pour poursuivre notre comparaison, ne pas appliquer à tous les cas indistinctement, l'ouverture alvéolaire ou nasale, pas plus qu'on n'est autorisé actuellement à pratiquer d'emblée la thoracotomie quand on constate la présence de pus dans la plèvre.

De même que certaines pleurésies suppurées, notamment à pneumocoques, et c'est une *éventualité assez fréquente dans la grippe* (2), peuvent guérir par la ponction évacuatrice simple, de même il peut suffire d'évacuer le pus, ou tout au moins de lui ouvrir une issue pour guérir certains em-

(1) Nous serions assez tenté de considérer comme un cas d'empyème du sinus maxillaire le fait suivant rapporté par M. Nimier, dans lequel la guérison se serait produite spontanément par issue en masse du pus contenu dans la cavité maxillaire par un processus analogue à celui de la guérison de certaines pleurésies purulentes à la suite d'une vomique. « Un de nos collègues, dit M. Nimier, après avoir éprouvé pendant deux jours une vive douleur sous-orbitaire du côté droit, mouche du mucus sanglant, puis, au bout de quarante-huit heures, la narine droite tourmentait une *rhinorrhée purulente*. Le pus coule avec une telle abondance, que l'on peut croire à un abcès du sinus. Brusquement, le troisième ou le quatrième jour, le flux nasal disparaît à droite, mais la narine gauche est prise. Ici, encore, mucus sanglant, puis abondante pyorrhée, dont la disparition brusque après quatre ou cinq jours est suivie de manifestations grippales dans la trachée et les bronches. »

(2) Au moins en France, les complications de l'influenza ayant revêtu un caractère beaucoup plus sérieux en Russie et en Allemagne, ce qui semble dû à l'intervention plus fréquente du streptocoque pyogène.

pyèmes de l'antre d'Highmore. Nous n'avons pas fait autre chose.

Certes, il est loin de notre pensée de vouloir généraliser ces données, mais il n'était peut-être pas mauvais d'attirer l'attention sur elles, à une époque où l'on trépane si volontiers le sinus maxillaire. Et avec quel succès incomplet trop souvent ! Il suffit d'avoir vu des malades ainsi traités, soulagés il est vrai immédiatement, mais conservant parfois une fistule qui ne tarit pas, pendant des semaines, des mois, des années même. Malheureusement le cathétérisme du sinus par l'orifice naturel et par l'orifice accessoire n'est pas toujours facile, et même dans certains cas il est à peu près impossible. Bien que nous n'ayons pas d'expérience sur ce point, il nous semble alors indiqué, surtout lorsque les dents sont en bon état, de préférer à la voie alvéolaire la voie nasale par le méat inférieur (Mikulicz) ou le méat moyen (Zuckermandl).

## VII

Il nous reste, avant de terminer, à examiner un dernier côté de la question : quelle est la part qui revient aux manifestations que nous avons étudiées, sous la symptomatologie générale de grippe ?

Le coryza aigu, du début, fait, comme nous l'avons vu, partie intégrante du tableau pathologique de la grippe, nous n'y insistons point, pas plus que sur ses conséquences : obstruction nasale et par suite altération de la voix ; respiration uniquement buccale ; bourdonnements d'oreille, dureté de l'ouïe due à la propagation de l'inflammation à l'orifice pharyngien de la trompe ; troubles oculaires, etc.

Mais il est un autre ordre de symptômes, considérés aussi comme des signes classiques de la grippe, qui nous paraissent relever fréquemment, sinon toujours, des manifestations de la maladie sur le nez et les sinus, nous voulons parler des phénomènes douloureux : céphalalgie, névralgies du trijumeau.

La céphalalgie est un symptôme initial, qui parfois per-

siste, et peut même survivre à la période fébrile; elle survient, en général dans les 12 premières heures et revêt un caractère de douleur, soit gravative, soit lancinante.

Les malades se plaignent souvent d'une constriction frontale, orbitaire ou rétro-orbitaire.

Les phénomènes douloureux, névralgiformes, sont fréquents aussi dans la branche supérieure du trijumeau, plus rares dans la branche moyenne (*Nothnagel, Bidon, Mispelbaum*).

Les névralgies des autres parties du corps sont beaucoup plus rares (névralgies intercostales, sciatique) et parfois tardives (névralgie scapulo-humérale *Joffroy*).

*Weichselbaum* n'hésite pas à rapporter aux lésions, pour ainsi dire constantes, qu'il a trouvées dans le nez et le sinus les diverses névralgies de la face. La localisation des phénomènes douloureux, leur évolution, souvent parallèle à celle des lésions nasales ou des sinus, nous autorisent à considérer cette opinion comme fort vraisemblable.

Ils semblent relever de l'irritation des terminaisons du trijumeau dans la muqueuse du nez et des sinus. Il en serait de même de certains troubles oculaires, tels que la photophobie, l'hyperémie conjonctivale et péricorneenne, la douleur des mouvements et la fatigue des muscles de l'œil, etc. (*Berger*.)

En raison même de la disposition de son abouchement dans la fosse nasale, le sinus frontal est particulièrement exposé. Il suffit d'une simple obstruction de l'orifice d'abouchement, d'un état congestif de sa muqueuse pour expliquer dans bien des cas la céphalalgie frontale des grippés.

C'est dans des faits de ce genre que certains auteurs ont obtenu la cessation des douleurs par la simple cocaïnisation de la muqueuse. Pour ces auteurs la céphalée serait alors d'ordre réflexe, et l'action favorable de la cocaïne semble les confirmer dans cette opinion; nous croirions plutôt pour notre part à une action déconjective de la cocaïne.

Dans les céphalées persistant après la grippe, on a eu recours au galvano-cautère. Mais, ici encore, l'action du caustique nous paraît être assez complexe.

## VIII

Le traitement de la grippe doit être prophylactique et curatif. Le premier a bien son importance et, étant donnée la fréquence de la localisation, parfois primitive, de la maladie sur la muqueuse nasale, il était logique de recommander l'antisepsie du nez. Aussi bien voyons-nous figurer les lavages du nez parmi les sages préceptes prophylactiques formulés par M. le professeur *Proust*, à l'Académie de médecine.

Contre la rhinite aiguë simple, tout traitement est, en général, inutile; on pourrait au besoin appliquer le traitement habituel du coryza aigu.

L'intervention s'impose au contraire dans la rhinite purulente d'emblée et dans ces cas, c'est aux irrigations boriquées chaudes et non tièdes, que nous donnons la préférence. Les insufflations d'une poudre composée *uniquement* d'acide borique et de menthol possèdent aussi une réelle efficacité.

Lorsque l'écoulement persiste, sans qu'on puisse incriminer une lésion des sinus, on se trouvera bien des irrigations au permanganate 0,10 à 0,40 pour mille ou au solvéole à 5 pour mille; si les cornets sont hypertrophiés et que l'hypertrophie persiste après ces lavages, on aura recours aux procédés thérapeutiques usités en pareil cas.

Dans le cas de lésions des sinus sphénoïdaux, les lavages antiseptiques seront seulement des moyens palliatifs, le cathétérisme du sinus sphénoïdal et au besoin la trépanation, constitueront parfois les seuls procédés curatifs.

Nous ne recommandons pas le cathétérisme du sinus frontal, que nous croyons trop souvent dangereux; en cas de persistance de l'écoulement ou de menace de complication, c'est la trépanation par le procédé de M. le professeur *Panas* qui donnera les résultats les plus sûrs.

Nous croyons inutile de revenir sur ce que nous avons dit plus haut sur le traitement des empyèmes du sinus maxillaire: nous nous bornerons à rappeler que certains empyèmes consécutifs à la grippe observés en France, semblent occuper une place à part dans l'histoire de la suppuration de l'autre

d'Highmore, par leur bénignité relative et leur facile curabilité.

#### INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

EWALD. *Verein für innere Medicin*. Séance du 6 janvier 1890 et *Berliner klinische Wochenschrift*, n  3, s. 65, 20 janvier 1890.

HERZOG. *Association des médecins de Styrie*, 1891 in *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx et du nez*, 1891.

JURASZ. *Die Krankheiten der Nase*, S. 104, Heidelberg, 1891.

NIMIER. Des manifestations nasales et auriculaires de la grippe. *Mercredi médical*, n  10, p. 109. 12 mars 1890.

BAUMGARTEN. Bakteriologische Untersuchungen bei Influenza. *Wiener klinische Wochenschrift*, n  6 et suivants, 1890.

ROSENTHAL, *Die Erkrankungen der Nase* s. 87. (Berlin, 1892).

NOTHNAGEL. *Société imp.-roy. des médecins de Vienne*, 1890.

BIDON. Action exercée par la grippe de 1889-1890 sur le système nerveux. *Revue de médecine*, août et septembre 1890.

### III

#### LE COUTEAU DE SCHMIDT ADAPTÉ A L'ENFANT

Par le Dr L. COUETOUX, de Nantes.

Les rhinologistes se préoccupent avec raison de compléter leur arsenal chirurgical. Comme nous manquons encore je signalerai en passant une pince à polype, fine, rigide, à branches tranchantes, dont le rôle serait fort utile à l'action souvent difficile du serre-nœud. Pour le moment, je veux appeler l'attention sur les instruments destinés à opérer les végétations ad no ides du rhino-pharynx.

Depuis 1880, je me suis servi tour à tour de la pince de L wenberg, dont le mors a une prise insuffisante, de celles de mon regretté mètre Calmettes, qui se préoccupa avec raison d'adapter un grand nombre de modèles aux divers âges, enfin de celles du Dr Ménière qui m'ont paru le dernier



perfectionnement des pinces à végétations, de celles que je connais; la prise est grande, le petit modèle s'adapte à l'enfant très jeune, bien qu'encore un peu volumineux.

Peut-être les pinces conserveront-elles leurs indications. Quant à moi, je les ai abandonnées pour le couteau de Gottstein; puis la courbure de cet instrument étant tout à fait excessive, j'ai adopté celui de Schmidt. A ce propos, il est assez remarquable que les auteurs de couteaux annulaires Gottstein et Schmidt aient tous les deux introduit la courbure à concavité supérieure, au niveau du bord inférieur du voile. Pourtant, si cette courbure était utile, elle le serait surtout pour les pinces qui doivent éviter de prendre la luelle dans leurs branches. Cette courbure me paraît pour les pinces, pour les couteaux, pour les tiges à pansement pharyngien, une gêne, une difficulté sans aucun avantage. La difficulté de l'adapter aux pinces a sans doute préservé les inventeurs de ce que je me permettrai de qualifier une erreur.

Avec le couteau de Schmidt on peut opérer les adultes et les enfants. Toutefois, il est bien désagréable pour l'opérateur d'opérer avec cet instrument un enfant très jeune, qu'il fait souffrir inutilement. L'appareil est trop volumineux, la courbure encombrante cause une difficulté pour l'introduction, et aussi pour le maniement.

Chez le tout jeune enfant, quelquefois un mois après la naissance, on trouve le rhino-pharynx obstrué d'une façon chronique. La douche d'air par une narine, l'autre narine restant libre, le toucher pharyngien surtout, améliorent souvent la situation. Mais après avoir employé ces deux moyens, il faut parfois en arriver à l'opération de végétations adénoïdes dès l'âge de deux à cinq mois, qu'il s'agisse dans ces cas d'un gonflement de la muqueuse ou de végétations proprement dites. Le petit modèle du Dr Ménière, aussi bien que le couteau de Schmidt, paraissent dans ces cas bien trop volumineux.

Les desiderata que doivent remplir les couteaux annulaires pour le jeune enfant, sont les suivants. Le manche sera long, afin que la main sente bien la force qu'elle imprime au

tranchant; j'ai adopté le manche du petit abaisse-langue de Simal, constructeur de mon couteau annulaire, d'autant plus que ce modèle peu volumineux ne cache pas le champ opératoire. Il n'y aura pas de courbure au niveau du voile, afin que le couteau soit plus libre dans le petit espace où il doit fonctionner. L'intérieur de l'anneau devra être assez petit pour que l'instrument prenne peu de place; mais il devra être assez grand pour que les végétations de l'enfant, assez dures ainsi que je le dirai tout à l'heure et mamelonnées, s'y engagent facilement; sinon leur ablation nécessiterait une pression telle que la main ne sent plus parfaitement ce que produit l'instrument.



C'est ici que se trouve la principale difficulté. Je crois l'avoir tournée en prolongeant l'anneau au delà du talon du manche; de telle sorte que c'est l'anneau lui-même qui forme ce talon, ce coude. De la sorte, le couteau agit comme un couteau ordinaire, puisqu'il peut bien s'appliquer sur la muqueuse, n'étant plus arrêté par le talon plein du couteau de Schmidt. Cependant il ne peut blesser, grâce aux deux branches latérales qui limitent l'action du couteau.

Il faut s'entendre sur l'assertion qui vient d'être émise. Mon couteau est plus offensif que celui de Schmidt. Étant supposé, ce qui se voit, une arête osseuse bien accentuée à la partie médiane de l'apophyse basilaire, il sera possible, vu l'absence du talon, non seulement d'éroder cette arête, comme on fait assez souvent avec le couteau de Schmidt, mais de s'y butter au point d'être forcé de s'arrêter. Force sera de dégager la lame en remontant un peu en haut et d'appuyer moins en arrière au niveau de la saillie osseuse.

Voilà l'inconvénient, et bien qu'il se présente avec le couteau de Schmidt, je préférerais entre les mains d'un médecin inexpérimenté le couteau de Schmidt réduit et non modifié.

Mais lorsqu'une main accoutumée à ces sortes d'opérations tient ce manche mince et long, manie dans le rhino-pharynx ce couteau que n'entrave plus le frottement sur une muqueuse épaisse d'un talon mousse, elle sent tout ce qu'elle fait, se retire légèrement devant un obstacle osseux qui résiste et en un temps très court balaye les végétations de la muqueuse.

J'ai été étonné de la liberté de ce petit instrument dans des pharynx d'enfants tout petits, du peu d'effort qu'il nécessite; à ce point de vue, la différence est tout à fait grande avec le couteau de Schmidt, et le principal reproche que je fais à cet instrument est d'avoir, au nom de la sécurité, masqué les sensations de la main qui opère.

Mon petit appareil sera utile chez le tout petit enfant, dans ces cas de végétations dures qui donnent au doigt une sensation mamelonnée. Car je n'admets aucunement que chez l'enfant les végétations soient plus molles que chez l'adulte; elles sont moins fibreuses sans doute, mais au toucher elles donnent bien moins souvent cette sensation d'un paquet de vers très caractéristique. Elles peuvent très bien, au contraire, ne présenter qu'une prise bien moins facile au couteau annulaire. J'ai publié dans cette revue l'observation d'un tout jeune enfant dont la surdité acquise semblait déjà se compliquer de mutité et qui guérit très bien à la suite d'ablations de végétations donnant très nettement au doigt la sensation sus-indiquée.

Avec mon couteau, comme avec celui de Schmidt, je place l'enfant entre mes jambes, et j'opère en un tour de main, abaissant la langue avec le petit abaisse-langue de Simal. Quand il survient un peu de fièvre, ce qui est rare, quelques touchers rhino-pharyngiens avec un peu d'ouate imbibée de nitrate d'argent à 2 0/0 arrêtent bientôt les symptômes infectieux. Le bromure d'éthyle est sans inconvénient, il est utile, calme l'inquiétude des parents et des malades.

La commodité de cet instrument m'a amené à faire faire un modèle pour adultes, établi sur le même principe, mais dont l'aspect diffère encore davantage de celui de Schmidt, parce que la partie la plus large est au niveau du coude. La partie supérieure est de même largeur que dans le petit

modèle, parce qu'il est très utile que le couteau pénètre vers la voûte des choanes. C'est surtout nécessaire quand on opère dans le premier stade de l'ozène.

Souvent après avoir opéré avec le grand modèle, je balaye la partie supérieure des choanes avec le petit couteau représenté ici, lequel pénètre plus profondément et provoque un flot nouveau de sang. Avec le modèle pour adulte, l'absence du talon fait qu'on éprouve la même sensation qu'avec le petit, sensation qui consiste en l'absence de résistance, de sorte qu'on emploie moins de force, on a plus d'effet et on sent mieux l'action du couteau qu'on dirige.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

---

**Die Heil-Erfolge der inneren Schleimhaut-Massage. (Résultats thérapeutiques du massage des muqueuses dans les maladies chroniques du nez, de la gorge, de l'oreille et du larynx),** par le Dr C. LAKER, de Graz. (In-8° de X-103 pages avec 14 figures. Leuschner et Lubenski, 1892, Graz.)

Ce petit volume est un plaidoyer (1) en faveur de la nouvelle méthode préconisée par Mich. Braun, de Trieste, dans les affections chroniques des muqueuses et qui consiste dans une sorte de *massage par vibrations*. L'opérateur se place à la droite du malade assis dans un fauteuil et la tête légèrement inclinée en arrière : il introduit dans le nez légèrement relevé une sonde métallique de 12 centimètres de long correspondant au 6 ou 7 de la filière Charrière, munie d'un peu d'ouate, et, au moyen d'une sorte de contraction tétanique des muscles du bras, détermine une série de vibrations de cette sonde, qui heurte la muqueuse. Il y a un apprentissage assez long à faire pour arriver à cette sorte de tétanos qui s'étend depuis le grand pectoral et le grand dorsal jusqu'aux muscles lombricaux : les principaux mouvements de la vibration doivent se passer dans le coude et suivent l'axe principal de l'avant-bras.

Les vibrations doivent arriver à être très régulières en intensité et en durée et à se suivre avec un intervalle de 1/100 de seconde

(1) On trouvera aussi les idées de M. Laker dans des articles publiés récemment dans la *Wien. med. Presse*.

au plus. Les limites de la durée d'une vibration varient de 0.1 à 0.03 seconde ; les vibrations varient de 10 à 30 par seconde et de 600 à 2,000 par minute. Laker vibre en moyenne à 0.085 seconde. De nombreux tracés recueillis au laboratoire de physiologie de Rollet par l'auteur sont consignés dans ce chapitre.

Le massage interne des muqueuses, indiqué dans tous les cas d'inflammation chronique des muqueuses, réussit mieux dans les formes hypertrophiques que dans les formes atrophiques. L'amélioration ne commence qu'au bout de quelques jours, cinq en moyenne : souvent même le malade se trouve plus mal pendant les premiers jours du traitement.

Pendant le massage le malade accuse une sensation de malaise qui dure aussi longtemps que l'opérateur vibre et qui disparaît rapidement après la séance. Cette sensation désagréable, d'autant plus marquée que le processus est plus aigu, s'atténue avec les séances suivantes.

Les hémorrhagies sont très fréquentes, mais ne doivent pas arrêter le traitement, car elles cèdent au bout de six à sept jours. — Le procédé n'a pas d'autres inconvénients méritant d'être signalés. — Quant à la durée des séances et du traitement, elle est très variable suivant les cas.

L'auteur étudie ensuite séparément l'action des vibrations dans les affections du nez et du rétropharynx, qui se compliquent du côté des voies respiratoires supérieures ou de l'oreille, dans les maladies du pharynx et du larynx et même dans celles de la conjonctive. L'ouvrage se termine par le résumé de 33 observations où l'auteur se félicite hautement des résultats obtenus, qui lui paraissent extrêmement remarquables. Il exprime finalement le vœu que ce traitement si particulier pique la curiosité des praticiens et des spécialistes, qui pourront ainsi se convaincre de sa valeur et éclaircir quelques points restés obscurs dans son mode d'action.

M. LS.

---

#### PRESSE ÉTRANGÈRE

---

**De l'interprétation clinique des perforations de la membrane du tympan, par le Dr MÜLLER, assistant de la clinique des maladies d'oreille d'Iéna (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXII, 2<sup>e</sup> fasc.).**

Dans ce travail l'auteur s'est proposé d'étudier les perfora-

tions de la membrane du tympan au point de vue des conclusions que l'on en peut tirer relativement aux processus pathologiques qui leur ont donné naissance et à leurs conséquences. Il laisse de côté les lésions traumatiques et ne s'occupe que des perforations qui se produisent au cours d'inflammations aiguës ou chroniques.

L'auteur distingue dans la membrane du tympan deux parties, la partie supérieure et la partie inférieure, séparées l'une de l'autre par le pli antérieur et le pli postérieur. La partie supérieure est divisée en trois segments : antérieur, moyen et postérieur, par deux cordons de tissu conjonctif qui partent des deux extrémités du segment de Rivini pour aboutir à la courte apophyse. La partie inférieure est divisée en deux segments, antérieur et postérieur, par les fibres du cône lumineux un peu plus courtes et plus tendues que les fibres voisines.

Le siège de la perforation paraît jouer un rôle important. Il y a à considérer aussi la forme, la grandeur et le nombre des perforations, les produits auxquels elles donnent issue, enfin si le bord de la perforation est libre ou chargé d'un exsudat plastique ou recouvert d'épiderme.

Si l'on trouve une petite perforation intermédiaire dans la partie inférieure de la membrane du tympan avec tous les signes d'une inflammation aiguë ou d'un catarrhe aigu ; si le patient n'a jamais eu auparavant de maladie d'oreille et présente les signes cliniques d'une otite moyenne aiguë ou d'un catarrhe de l'oreille moyenne, on est conduit à admettre de prime abord que la perforation est due à l'affection aiguë de l'oreille moyenne. En général le pronostic est favorable, la perforation se fermera après la guérison de l'oreille moyenne, et il pourra y avoir restitution complète, organique et fonctionnelle.

La restitution intégrale n'est pas aussi fréquente quand la perforation se trouve au-dessus des plis ; il y a souvent adhérence du segment moyen avec le col du marteau, et il en résulte une dépression de la membrane du tympan, qui forme en ce point une petite fossette.

Le pronostic est moins favorable quand la perforation a son siège dans le cône lumineux ; elle se ferme difficilement et engendre des troubles graves. Aussi faut-il éviter de faire la paracentèse en ce point.

Les perforations périphériques de la partie inférieure de la membrane du tympan doivent toujours faire soupçonner une carie circonscrite de l'anneau tympanique.

En présence de perforations de la partie supérieure de la membrane du tympan, si le patient souffre depuis longtemps d'otorrhée ou si l'on observe que l'otorrhée résiste au traitement et que la perforation ne se ferme pas ; si en outre le patient se plaint de douleurs lancinantes et présente un aspect cachectique, on peut conclure avec la plus grande probabilité à une affection carieuse de l'oreille moyenne. En général il s'agit de la carie de la tête et du col du marteau. Dans le cas où le segment postérieur est atteint, on a affaire à la carie du corps de l'enclume.

Les perforations en forme de rein, en forme de cœur et les perforations totales avec isolement du marteau, se rencontrent dans un très grand nombre de suppurations chroniques de l'oreille moyenne et sont accompagnées de désordres fonctionnels graves et d'une série de troubles subjectifs.

Les perforations en forme de cône pointu avec écoulement de pus au sommet du cône s'observent fréquemment dans les inflammations aiguës, et leur évolution est en général favorable sans qu'on ait à employer un traitement spécial. L'auteur a observé plusieurs de ces cas pendant la période d'influenza de l'hiver 1889-90.

La grandeur et la forme des perforations ont moins d'importance que leur siège. On peut dire néanmoins que les grandes perforations provenant de processus pathologiques ne guérissent que très difficilement. Mais il ne faut pas oublier que de très petites perforations, notamment dans la partie supérieure, ne peuvent disparaître sans intervention opératoire. Ordinairement il n'y a qu'une perforation, cependant on rencontre aussi des perforations multiples. Kessel en a observé dans quelques cas où la membrane du tympan portait des tubercules miliaires.

La nature de la sécrétion évacuée par la perforation fournit aussi naturellement des indications sur les processus pathologiques de l'oreille moyenne.

Enfin les bords de la perforation méritent l'attention. S'ils sont recouverts d'un enduit blanchâtre, plastique, on peut admettre que le tissu voisin a une tendance à la régénération et qu'il y aura fermeture de la perforation. Mais si les bords se recouvrent d'épiderme, l'ouverture persistera.

Après avoir ainsi exposé les divers cas qui peuvent se présenter et la façon dont il faut les interpréter, l'auteur en conclut qu'il ne peut être question d'un traitement général des affections



perforatives. En beaucoup de cas on ne pourra obtenir une amélioration ou la guérison que par une intervention opératoire. Dans la clinique d'Iéna, on a reconnu que le traitement médicamenteux est généralement impuissant quand il s'agit de perforations dans la région du cône lumineux, de perforations en forme de rein, de cœur ou de perforations totales. On pratique alors la ténotomie du tenseur du tympan. Les résultats ont été favorables, comme le montrent les cas rapportés par l'auteur. Cependant dans les grandes perforations et dans les perforations totales, il faut y joindre l'extraction du marteau ou de l'enclume et du marteau, pour arriver à supprimer la pression exercée sur le labyrinthe. Mais la ténotomie n'aboutira à ce résultat et à une amélioration de l'ouïe que si la base de l'étrier fonctionne encore normalement et s'il n'existe pas d'affection adhésive avancée. La ténotomie rend encore de bons services au point de vue de l'arrêt de la suppuration, à condition toutefois qu'il n'y ait pas carie du marteau ou de l'enclume, ou des deux à la fois. Dans ce dernier cas il faut avoir recours à un traitement spécial.

L'auteur termine son travail en rapportant neuf cas de ténotomie du tenseur du tympan. Dans tous le cas la sécrétion s'est arrêtée et la ténotomie a visiblement contribué à ce résultat. Les perforations ne se sont pas fermées, mais elles ont diminué. Dans plusieurs cas il y a eu amélioration de l'ouïe, et deux fois les symptômes subjectifs pénibles ont été totalement écartés.

D<sup>r</sup> A. JOLY.

**Compte rendu statistique des maladies d'oreille traitées en 1887-1889, par le prof. F. BEZOLD (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXXII, 2<sup>e</sup> fasc.)**

Ce compte rendu porte sur 4473 malades et 4874 maladies. C'est le septième rapport fait par l'auteur sur trois années successives. Cette longue série d'observations a permis à Bezold de tirer des conclusions intéressantes de ses données statistiques. Dans cette courte analyse, nous ne reproduirons pas les tableaux du travail original. Nous résumerons seulement les faits principaux qui ressortent du rapport du savant professeur.

Les questions que peut résoudre la statistique sont limitées, et les solutions fournies seront d'autant plus précises que les questions elles-mêmes seront plus nettes et que leur étude aura été plus minutieuse. Lors donc qu'un auteur aura poursuivi longtemps des recherches de ce genre d'après un plan déterminé,

son travail acquerra par là même une valeur particulière. C'est le cas pour le compte rendu qui nous occupe.

Dans ces trois dernières années le pourcentage des maladies de l'oreille externe, moyenne et interne, a été le suivant :

31,7 0/0 pour l'oreille externe et la membrane du tympan ;

65,7 0/0 pour l'oreille moyenne ;

12,6 0/0 pour l'oreille interne.

Les chiffres obtenus récemment par Bürkner, en réunissant les observations de 100,000 patients de divers médecins auristes sont les suivants :

23,8 0/0 pour l'oreille externe ;

66,7 0/0 pour l'oreille moyenne et la membrane du tympan ;

6,6 0/0 pour l'oreille interne.

Quant au rapport du nombre des enfants au-dessous de 15 ans à celui des adultes, il est à peu près le même que dans les précédents comptes rendus : 22,4 0/0 au lieu de 20,5.

Si au lieu de prendre les maladies de l'oreille en général, on examine celles des diverses parties de l'oreille, on trouve que le rapport du nombre des enfants à celui des adultes est de :

1 à 6,6 pour l'oreille externe et la membrane du tympan ;

1 à 6,2 pour l'oreille interne ;

1 à 2,7 pour l'oreille moyenne.

De telle sorte que la participation des enfants aux maladies de l'oreille moyenne dépasse de beaucoup celle aux maladies de l'oreille externe et interne, ce qui concorde avec les résultats de Bürkner tirés d'un bien plus grand nombre d'observations.

Si maintenant nous comparons le pourcentage des différentes formes de maladies dans les trois périodes triennales 1881-83, 1884-86 et 1887-89, nous trouvons que les formes d'otite moyenne chronique simple ont été successivement de 20,8 0/0, 12,4 0/0 et 11,8 0/0. La surdité nerveuse passe de 3,3 à 5,9 et 6,1 ; les affections de la trompe de 6,6 dans la première période à 9,7 dans les deux dernières. A mesure que le diagnostic du catarrhe chronique de l'oreille moyenne devient plus rare, celui des dernières formes augmente. Ce fait s'explique surtout par la transformation et le perfectionnement des moyens d'épreuve qui permettent de diagnostiquer une affection de l'oreille moyenne.

Pendant les trois mêmes périodes triennales, les chiffres inscrits pour l'otite moyenne catarrhale aiguë et subaiguë sont de 8,2 — 8,3 et 10,3, et pour l'otite moyenne purulente aiguë de 6,0 — 6,0 et 7,5. Cela peut tenir en partie à ce que les affections

aiguës sont venues plus fréquemment en traitement, ce qui serait un bon signe au point de vue de l'intérêt général. Mais il faut bien tenir compte aussi de l'influenza, qui, pendant le dernier mois de la dernière période triennale, a multiplié ces formes de maladie.

Les suppurations chroniques de l'oreille moyenne ont également augmenté un peu : 17,2 0/0 au lieu de 16,4 et 15,1, peut-être pour la même raison que les affections aiguës.

Pour les autres formes de maladies, les différences sont moins grandes et les chiffres se rapprochent aussi de ceux de Bürkner.

L'auteur donne ensuite des détails sur les moyens diagnostiques employés, conductibilité osseuse, expérience de Rinne, expérience de Weber, emploi du diapason et du sifflet de Galton, pour lesquels nous renvoyons au texte original. Nous n'avons voulu relever ici que les résultats les plus saillants des études statistiques de Bezold. Ce qui ressort avec le plus d'évidence, c'est qu'un grand nombre de maladies nerveuses, qui étaient autrefois comptées parmi les catarrhes chroniques de l'oreille moyenne, ont été reconnues grâce aux nouvelles méthodes d'examen.

L'auteur fait connaître ensuite les résultats du traitement en se bornant aux différentes formes de suppuration de l'oreille moyenne.

Pour l'otite moyenne purulente aiguë, le nombre des guérisons est de 72,6 0/0, le nombre des améliorations de 5,8 0/0.

Pour les suppurations chroniques, il y a eu guérison avec fermeture de la membrane du tympan dans 1,8 0/0 des cas; arrêt de la suppuration dans 50,9 0/0.

L'auteur termine par une étude à part des maladies de l'oreille consécutives à la scarlatine.

D<sup>r</sup> A. JOLY

**Une affection rare du labyrinthe, probablement d'origine scarlatineuse**, par EGMONT BAUMGARTEN, de Budapest. (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, XXII.)

Une dame de 30 ans, enceinte, présentait, depuis six mois, les symptômes d'une otite moyenne chronique gauche, de la salpingite et de la pharyngite chronique, lorsqu'elle vint consulter l'auteur. Le traitement de la salpingite et de l'otite améliorèrent rapidement l'ouïe de la patiente, lorsque sa fille, âgée de 4 ans, fut atteinte de scarlatine; au cinquième jour, éclata une otite moyenne aiguë, bilatérale, suppurée, avec perforation

des tympans, destruction des osselets et surdité absolue. L'enfant se rétablit, et au bout de six semaines l'ouïe commence à revenir pour les sons élevés. Deux mois après le début de la scarlatine de l'enfant, la mère est subitement prise, à la sortie d'un bain, de symptômes d'une otite suraiguë, bilatérale avec surdité complète. La paracentèse est faite dès le premier examen, le lendemain du début, et la malade, en proie à une agitation inquiétante et à des douleurs et des bourdonnements terribles, se calme un peu. L'otite moyenne guérit en sept jours, la suppuration était tarie, les tympans cicatrisés; mais, depuis deux ans, elle présente encore des symptômes d'otite interne; l'ouïe a reparu très lentement, pour les sons bas d'abord; les sons élevés furent pendant longtemps entendus faux; la dame, fort bonne musicienne, entendait déjà suffisamment la musique, que les diapasons n'étaient pas encore entendus. L'ouïe finit par se rétablir dans une certaine mesure, mais la conductibilité crânienne ne revient pas, les sifflets ne sont pas entendus. Chez l'enfant, les tympans ne sont pas encore cicatrisés au bout de deux ans, la suppuration est presque tarie, l'ouïe est bonne, sauf pour les sons bas. Si la théorie de Helmholtz est exacte, la mère aurait surtout souffert de la base, l'enfant du sommet du labyrinthe.

M. N. W.

**Formes rares de périchondrite du larynx (Seltener Formen von Perichondritis des Kehlkopfes)**, par EGMONT BAUMGARTEN, de Budapest. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 7, 1892.)

Obs. 1. — Blessure par corps étranger. Le patient, âgé de 17 ans, se présente trois mois après avoir avalé de travers un os de poulet, probablement rejeté par la toux. Le repli ary-épiglottique et la corde vocale supérieure gauches sont trouvés fortement tuméfiés, la corde vocale inférieure est tuméfiée et abécédée, de même que le sinus de Morgagni. Les signes subjectifs étaient la toux, la dysphonie, la dysphagie et surtout une dyspnée intense et qui resta menaçante pendant un mois; il y avait de plus une sécrétion purulente d'une extrême fétidité. Tous les symptômes s'amendèrent lentement au bout de quelques mois, et la guérison survint après expulsion d'une apophyse vocale, du périchondre aryénoïdien et de divers petits débris, et destruction du muscle thyro-aryénoïdien interne. Il resta définitivement une paralysie de la corde vocale gauche.

Obs. 2. — Périchondrite idiopathique. Un homme de 24 ans,

vigoureux, sans antécédents morbides héréditaires ni personnels, prend froid en voyage; il éprouve d'abord de l'enrouement, bientôt des douleurs dans le larynx et à la pression sur l'organe, quelques jours plus tard, de la dysphagie, enfin de la dyspnée croissante. Au bout de trois semaines, toute la moitié gauche du larynx est trouvée tuméfiée et œdématiée avec plusieurs petites fistules purulentes au niveau des cordes vocales. La tuberculose et la syphilis pouvaient être absolument exclues. Pendant cinq semaines, le malade rendit du pus, des débris de membranes et de cartilage (badigeonnages lactiques, IK, inhalations diverses, pommade mercurielle au cou, etc.) et finit par reprendre la voix et le bon état général; mais, petit à petit, le larynx fut repris, et trois mois plus tard, le côté gauche étant guéri, le côté droit du larynx présentait l'aspect trouvé au début de la maladie; tout évolua d'ailleurs de la même manière et le malade partit presque guéri.

Obs. 3. — Chondrite et périchondrite idiopathique. — Le patient, homme de 30 ans, se trouva enroué après un fort refroidissement. Examiné deux mois après, il avait une tuméfaction énorme de la moitié droite du larynx — une partie de la tumeur, de forme polypeuse, dut être excisée — elle contenait du périchondre et du pus. Il élimina successivement le cartilage thyroïde droit, quelques débris, enfin le cartilage thyroïde gauche; après quoi la guérison se fit rapidement. L'examen laryngoscopique ne fait découvrir aucune cicatrice, l'image est normale sauf une saillie considérable des cordes vocales supérieures dans leur partie antérieure. Aussi la voix est-elle couverte. L'état du larynx est absolument stationnaire depuis quatre ans.

M. N. W.

**Tumeur maligne du larynx traitée par la méthode endolaryngée**, par G. STOKER. (*Journ. of Laryng, and. Rhin.*, n° 5, 1891.)

Vieillard de 67 ans, toujours bien portant, sans antécédents familiaux. Depuis 5 ans, troubles, perte de la voix après une attaque de coqueluche; à deux reprises il consulta pour son enrouement, et, chose curieuse, deux jours après chaque consultation, il eut une quinte de toux et sa voix revint soudainement et presque complètement. Soulagement temporaire en mai 1890; il était aphone. Pas de douleur ni de dyspnée, pas d'amaigrissement. Pas de gonflement intérieur ni des ganglions. Toux, le matin ordinairement, due probablement à une irritation chro-

nique des bronches datant de longtemps avant son enrouement. Larynx congestionné. Tumeur pédiculée, en poire, insérée au quart antérieur de la corde; sa projection à travers la glotte amenait l'enrouement. Corde vocale normalement mobile; ni ulcération ni sang visible.

La tumeur enlevée avec l'anse galvanique après plusieurs explorations pénibles était un carcinome. Le malade, en mars 1891, allait tout à fait bien.

R. L.

**Sténose de la trachée et du larynx suivant parfois l'emploi de la canule à trachéotomie; remarques sur l'état actuel de l'intubation,** par PITTS (BERNARD) et BROOK. (*Lancet*, 10 janvier 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1891.)

Sténose par des tissus fibreux, cicatriciels, granuleux. Précautions à prendre dans le tubage pour sténose chronique : 1° employer une force considérable; 2° tube plus large que lorsqu'il s'agit, pour le même âge, d'une affection aiguë; 3° laisser le tube longtemps en place, quelquefois 15 jours; 4° quand le tube doit rester en place plus de 12 heures, enlever le cordon; 5° d'abord nourriture en bouillie, en dehors des liquides. Nourriture ordinaire après quelques tâtonnements; 6° employer un extracteur plus court que généralement.

Tubage contre-indiqué dans les cas suivants :

1° Obstruction par corps étrangers; 2° ulcération du larynx (spécifique ou tuberculeuse); 3° tumeurs, surtout les malignes; 4° obstruction par altération de la forme ou de la position de la trachée causée par un goitre ou par une autre tumeur du cou; 5° obstruction par abcès rétro-pharyngien ou autre abcès du cou.

**Indications :** 1° Simple sténose cicatricielle par exemple, après vieille affection syphilitique; 2° Brûlure, œdème ou inflammation aiguë du larynx; 3° spasme subit de la glotte, comme dans l'administration des anesthésiques; 4° comme moyen de diagnostic quand on ne sait si la dyspnée provient d'une obstruction des voies aériennes ou de quelque condition hors d'atteinte, tumeur médiastine, bronchite, etc.

R. L.

**Sténose du larynx, leçon clinique, faite par le Prof. J. SOLIS-COHEN** (*Stricture of larynx, clinical lecture delivered at the Jefferson medical College, Philadelphia, 1891*).

Observation du malade présenté à la clinique: c'est un enfant de 13 ans portant une canule trachéale bouchée et parlant bas

avec un chuchotement laryngé caractéristique du fonctionnement défectueux de la glotte; ce n'est point en effet le chuchotement buccal indiquant la suppression fonctionnelle des cordes vocales. A l'âge de 5 ans, à la suite de la diphtérie, l'enfant a eu le larynx envahi par des papillomes récidivants; une première laryngotomie fut faite à cette époque, une seconde deux ans après, une troisième peu de semaines plus tard, enfin quelques mois après cette dernière laryngotomie la trachée a été incisée pour l'extraction de nouvelles végétations.

Depuis, pendant six ans on intervint diverses fois, soit pour cautériser des points malades, soit pour enlever des papillomes par évulsion; aussi ces manœuvres ont-elles amené des cicatrices rétractiles et une sténose irrégulière du larynx et de la glotte, et l'enfant n'a jamais pu se passer de canule jusqu'à ces derniers temps, malgré les tentatives de dilatation. C'est vers l'âge de la puberté seulement que la sténose tend à diminuer et l'enfant respire actuellement par le larynx tout en gardant encore dans la trachée une canule obturée; il est donc probable qu'il pourra s'en passer un jour; en ce cas la canule retirée sera remplacée par un bouchon construit à cet effet, car il ne serait pas encore prudent de laisser le trajet se refermer; il ne faut pas oublier que les plaies trachéales même anciennes se ferment avec une grande rapidité — en quelques jours et même en quelques heures. A propos de ce cas l'auteur décrit les différents dilateurs laryngés et donne d'utiles conseils sur le port des canules trachéales. La canule fenêtrée est à rejeter, car la fenêtre se trouvant dans la portion horizontale, répond au trajet intracervical et ne remplit pas le but; elle présente l'inconvénient d'être facilement envahie par des bourgeons charnus, qui oblitérent la lumière et gênent sérieusement l'extraction de l'instrument chez les malades peu soigneux qui négligent le nettoyage quotidien. Ceci est loin d'être une vue théorique et l'auteur en a observé de remarquables exemples. Les canules devraient être en argent et faites d'une seule pièce, car elles s'érodent au niveau des soudures et souvent les pièces se des-soudent; — c'est ainsi qu'on voit le tube tomber dans la trachée, décollé du plateau. Ces accidents se voient chez les gens qui gardent leurs canules des années sans les changer. Il faudrait conseiller d'avoir deux canules de longueurs un peu différentes, de façon à changer le point de contact de l'instrument avec la paroi trachéale.

M. N. W.



**Cas de fracture du larynx avec déchirure de la trachée**, par JANOWSKI. (*Trans. de la Soc. méd. de Simféropol*, 1890, vol. I, p. 93, in *Journ. of laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Jeune fille de 21 ans, se balançant, eut son fichu tiré violemment par une corde. Quelques instants après, difficulté extrême à respirer, respiration accompagnée d'un claquement. Emphysème du cou sous-cutané.

Après un accès de vomissement provoqué par examen digital de l'épiglotte, la respiration devint plus aisée ; disparition du claquement. Environ quatre heures et demie après l'accident, aggravation (cyanose des lèvres, râles œdémateux du poumon, etc.), respiration cessant aussitôt la position horizontale prise. Trachéotomie sans aucun soulagement ; mort environ une demi-heure après, malgré la respiration artificielle faite sans trêve. A l'autopsie, fractures multiples des cartilages du larynx, fragments très saillants dans la cavité de cet organe ; trachée entièrement arrachée du larynx et déplacée en bas.

R. L.

**Épingle dans le larynx**, par F. H. HOOPER. (*Boston med. and chir. Journal*, 29 janvier 1891 ; *Journ. of Lar. and Rhin.* n° 5, 1891.)

Épingle fichée dans l'espace inter-aryténoïdien, l'autre extrémité juste au-dessus de la commissure antérieure des cordes vocales ; extraite de force avec une pince. Enrouement, gêne à déglutir.

R. L.

**Rétention d'un corps étranger dans le larynx pendant 38 ans**, par RAVENEL. (*Med. News*, 21 mars 1891 ; *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Épingle tombée dans le larynx d'un enfant de 7 ans, d'où, après un accès de toux violent, elle fut rejetée après 38 ans. Au laryngoscope, deux surfaces enflammées circonscrites directement opposées aux extrémités postérieures des deux ventricules. Tout le temps l'épingle était restée en travers du larynx, où ses deux bouts étaient fichés. Les symptômes laryngés ayant existé jusqu'à la sortie de l'épingle, l'absence de troubles pulmonaires semble une preuve suffisante de sa présence seulement dans le premier de ces organes.

R. L.

**Un cas de laryngo-spasme et de tétanie**, par Loos. (*Soc. de méd. de Styrie*, 26 janvier 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Les symptômes sont des attaques fréquentes laryngo-spas-

modiques, une irritabilité mécanique et électrique augmentée des muscles et des nerfs, phénomène facial et phénomène de Troussseau. L'enfant semble bien portant. Le laryngo-spasme se voit associé au rachitisme, mais, dans 40 cas, Loos a vu que les enfants présentaient aussi bien les symptômes de tétanie.

R. L.

**Deux cas de laryngo-typhus**, par SCHUSTER. (*Arch. f. Kinderheilk.*, Band XII, H. 5 et 6; *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Contrairement à ce qui arrive ordinairement, où les complications laryngées du typhus abdominal sont observées à une époque tardive de la maladie, l'auteur a vu deux fois la maladie débiter par là :

1° Garçon de 12 ans, malade depuis huit jours : fièvre, toux, gêne à déglutir. Le lendemain, fièvre intense, somnolence, toux à timbre croupal, aphtes du voile du palais. Au laryngoscope, épaissement de l'épiglotte, inflammation de toute la muqueuse du larynx, épaissement des cordes vocales, large ulcération sur la paroi postérieure. Le lendemain, symptômes laryngés identiques, avec symptômes nets de fièvre typhoïde ; petit à petit, le larynx guérit ;

2° Garçon de 5 ans et demi, douleurs du cou, enrouement. Le même jour, céphalgie et fièvre. Le lendemain, toux croupale, plus forte les jours suivants. Laryngoscopie impossible. Quelques jours après, signes laryngés ; signes de la fièvre typhoïde avec roséole, très distincts.

R. L.

**Hémorrhagies après la trachéotomie**, par MAAS. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, B. XXXI. H 3, 4 1891 in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Dues à des affections du poumon ou à l'érosion de grands vaisseaux par des ulcérations dans le décubitus. Cas suivants :

1° Petite fille de 4 ans ; ayant eu la diphtérie, trachéotomie ; six jours après, enlèvement de la canule. Mort après quatorze jours par hémorrhagie abondante. L'autopsie montra un trou de l'artère innominée, dû au décubitus ;

2° Garçon de trois ans : diphtérie, trachéotomie ; après six jours, suppression de la canule ; bonne santé ; mort trois jours après par hémorrhagie foudroyante. Même lésion que dans le premier cas ;

3<sup>e</sup> Garçon de 5 ans : diphthérie, trachéotomie ; même mort due à la même cause ;

4 et 5<sup>e</sup> Même terminaison les 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> jours après l'opération ;

6<sup>e</sup> Fille de 3 ans : diphthérie, trachéotomie ; six jours après l'opération, nécrose des parois de la blessure ; écoulement d'une sécrétion fétide. Le 8<sup>e</sup> jour, mort subite par hémorrhagie. Autopsie : blessure nécrotique de la trachée, inflammation purulente du thymus, diphthérie des bronches, trou de l'artère innominée ;

7<sup>e</sup> Enfant de 3 ans : hémorrhagie après huit jours, dans les mêmes conditions ; perforation de la veine jugulaire. Onze fois hémorrhagie foudroyante des poumons. Quatre guérisons, sept morts. Chez les uns, rien de pathologique, chez d'autres, lésions de broncho-pneumonie.

R. L.

**Trachéotomie chez un mourant atteint de syphilis du larynx,** par ROSTOSHINSKY. (*Tomsov Med. Soc.*, 1890, n<sup>o</sup> 2, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n<sup>o</sup> 2, 1891.)

Paysan de 34 ans ; syphilis depuis 3 ans ; toux asphyxiante, aphonie, crises d'étouffement, surtout la nuit. Au laryngoscope beaucoup d'ulcérations d'aspect sale, éparses le long des bords libres de l'épiglotte et des deux cordes vocales. Le troisième jour après l'entrée, trachéotomie d'urgence devant l'asphyxie imminente. Blessure du corps thyroïde, hémostase avec les pinces de Péan. Trois semaines après l'opération, le malade quitta l'hôpital avec sa canule.

R. L.

**Phlegmon septique de l'épiglotte. Trachéotomie. Guérison,** par CHIARI. (*Journ. of Laryng and Rhin*, n<sup>o</sup> 2, 1891.)

Malade de 67 ans ; douleur de gorge subite avec fièvre ; au laryngoscope épiglotte rouge et gonflée ; à l'incision écoulement de pus fétide. Le lendemain, l'œdème nécessita la trachéotomie ; le malade guérit, malgré une broncho-pneumonie.

R. L.

**Emploi de fragments de peau pour remédier au manque de muqueuse, surtout en laryngologie,** par WITZEL. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1890, n<sup>o</sup> 45, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n<sup>o</sup> 2, 1891.)

Malade de 49 ans ; larynx extirpé pour un carcinome, conservation du cartilage cricoïde. Après ablation du néoplasme, morceau de peau du cou fixé au moyen de sutures dans le

larynx en remplacement de la corde vocale extirpée. Le vingtième jour après l'opération, la voix était passable. R. L.

**Déviation de la cloison nasale**, par J. SEDZIAK. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3 et 4, 1891.)

Sedziak comprend sous la désignation de déviations, non seulement les déviations proprement dites, mais encore les hypertrophies partielles de la cloison, telles que les épines, crêtes, éperons, bosses, etc.

Historique rempli de noms. Au chapitre de l'anatomie pathologique, Sedziak rappelle l'opinion de Schech. On peut dire que peut-être pas un individu, n'a la cloison parfaitement droite; Voltolini s'est rangé à cette opinion, ainsi que G. Stoker et Sedziak lui-même. La déviation serait beaucoup plus sensible à partir de l'âge de sept ans.

Sur 200 cas, 33 fois la déviation était insignifiante; 137 fois elle était plus ou moins sensible. 15 fois seulement elle était suffisante pour pouvoir donner lieu à des symptômes spéciaux. On peut dire que si fréquentes que soient les déviations, elles sont rarement très développées. Zuckerkandl et Mackenzie ont trouvé la cloison plus déviée en Europe que partout ailleurs, surtout chez les Juifs et les Slaves.

Le maximum serait chez les hommes, surtout de 15 à 25 ans; la déviation est, par exception, congénitale.

Elle occupe seulement les deux tiers antérieurs de la cloison, le tiers postérieur étant toujours bien au centre; pour cette raison, les diamètres des ouvertures postérieures des narines sont égaux; on a vu cependant deux cas où il y avait une légère déviation de la partie postérieure.

La portion cartilagineuse, le cartilage quadrangulaire, est beaucoup plus sujette à ces changements de direction que la partie osseuse formée par la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer. S. préfère la classification de Stoker aux autres et donne la suivante :

1° Déviations de la cloison, dans l'une ou l'autre direction, pouvant être dirigée à droite, à gauche, bilatérales (sigmoïdes) et irrégulières.

2° Déviations en forme d'épaississements partiels (épines, crêtes, synéchies, exostoses, pouvant survenir aux cloisons symétriques ou asymétriques.

Les déviations de la cloison sont les plus fréquentes : sur 167 cas de cloisons asymétriques, 62 fois à droite, et 45 fois à

gauche. Diagnostic facile pour qui sait manier un spéculum ; degré de déviation très inégal pouvant aller jusqu'à l'obstruction presque complète.

Les épaississements partiels (éperons, épines, crêtes) sont comparativement fréquents et s'accompagnent le plus souvent d'asymétrie. Il peut y avoir adhérence avec le cornet correspondant.

Pour l'étiologie, il faut dans certains cas accepter l'origine traumatique, mais le plus souvent le développement inégal des parties composant la cloison doit être regardé comme la seule cause de ces déviations ; la cicatrice amenant des rétractions (syphilis, lupus), en sont encore des motifs.

Symptômes très variables suivant le degré ; 92 fois sur 200, aucun ne se rapportant au nez, mais se rattachant à d'autres organes (gorge, oreille).

5 fois sur 15 cas extrêmes, les malades ne se plaignaient cependant de rien, ce qui montre les précautions à prendre pour l'estimation du processus pathologique et des indications du traitement chirurgical. Les complications peuvent causer des troubles (hypertrophie des cornets, tumeurs rétro-nasales, polypes). Deux groupes de symptômes *a)* dus à l'obstruction du nez (mécaniques) ; *b)* dus à la compression des nerfs (réflexes).

Diagnostic facile, pronostic très favorable. Traitement à diviser en deux groupes : 1° traitement palliatif, ayant pour but la suppression des conséquences, c'est-à-dire catarrhe nasal chronique ; 2° traitement radical, c'est-à-dire la suppression des déviations pouvant être *a)*, orthopédique par exemple, consolidation de la cloison au moyen d'instruments spéciaux ; *b)* opératoire, se proposant l'enlèvement chirurgical. Le passage des deux traitements radicaux à l'autre se fait au moyen de la galvano-caustique et de l'électrolyse.

Pour le traitement opératoire, voici ce que propose Sedziak :

1° Dans les cas récents, d'origine traumatique sur la partie cartilagineuse chez les enfants, emploi de tampons de laine ;

2° Dans les cas un peu plus vieux, déviations de la portion cartilagineuse de la cloison (surtout les sigmoïdes), traitement orthopédique avec instrument d'Adam Jurasz.

3° La méthode favorite est le galvano-cautère, surtout dans les cas d'épines et de crêtes (éperons), rarement dans les vices de direction (surtout de forme angulaire).

4° Quelquefois, il emploie le maillet ou la scie de Bosworth, mais toujours après séparation préalable des muqueuses, surtout dans les cas d'éperons ;

5° Si le septum cartilagineux dévie d'un côté ou de l'autre, n'étant plus sur le même plan que le septum membraneux, et quelquefois défigure le nez, ou tout au moins produit des troubles respiratoires, on emploie la méthode de Jurasz. Disséquer la muqueuse sur la saillie de la cloison, la séparer du cartilage et, au moyen d'un bistouri boutonné ou de ciseaux, réséquer la portion proéminente du cartilage. Après suture ou non de la muqueuse, introduire un tampon de coton iodoformé ou sublimé. Ordinairement, guérison rapide par première intention.

R. L.

**Tuberculose primitive de la muqueuse nasale**, par BEERMANN. (*In. dissert. Würzburg, 1890, in Journ. of. Laryng. and Rhin., n° 5, 1891.*)

Une dame bien portante, 34 ans, avait sur la muqueuse, à l'entrée de la fosse nasale droite, une tache ronde couverte de nodules de dimension d'une tête d'épingle. Opération; quatre semaines plus tard, récidive; cautérisation. Bacilles tuberculeux dans les fragments enlevés.

R. L.

**Cas de rhinosclérome**, par PAVLOVSKY. (*Miditzinkoië Obozrenië, 1891, in Journ. of. Laryng. and Rhin., n° 5.*)

Suivant la définition de l'auteur, l'affection constitue un granulome chronique infectieux, caractérisé par l'apparition de nodules durs, développés dans la peau du nez et des lèvres, sur la voûte et le voile du palais, dans les cavités nasales, le pharynx, le larynx et la trachée. En Russie, on le trouve assez fréquemment dans les gouvernements sud-ouest, y compris Kiev, mais rarement dans le nord, par exemple à Saint-Petersbourg. Tout récemment, Pavlovsky a vu deux cas d'une variété particulière, l'un chez un paysan d'âge moyen, perdant du sang par le nez depuis 3 ans. Narine droite pleine de villosités; tumeur polypoïde aussi dure qu'un chondrôme et, pour l'ensemble, analogue à un polype sarcomateux. Excision et grattage après avoir fendu l'aile du nez; rhinosclérome type avec microbe encapsulé type et masses hyalines. L'autre malade, homme de 35 ans, portait aussi un rhinosclérome de forme polypoïde; symptômes durant depuis un an. L'auteur pense que ces cas justifient la désignation d'une nouvelle variété, dite « polypes rhinoscléromateux. »

R. L.

**Cas de rhinosclérome**, par PAVLOFF. (*Miditzinkoie Obozrenié*, 1891, n° 2, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Femme ayant présenté, il y a 6 ans environ, un nodule profond dans le pilier antérieur droit du voile du palais. Après incision, la tumeur se développa rapidement, passant dans le pharynx, puis dans la cavité nasale droite, dans l'orbite correspondant, amenant l'exophtalmie, la cécité et une douleur névralgique intense. A un examen rapide, la tumeur pourrait être prise pour un enchondrome.

R. L.

**Polype naso-pharyngien de grosseur inusitée chez une jeune fille de 15 ans**, par NORRIS WOLFENDEN. (*Journ. of Laryng and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Jeune fille, grande, d'aspect solide, se plaignant d'une sensation de tuméfaction au fond de la gorge; légère difficulté en avalant, nasonnement. Par la bouche, on aperçoit une grosse masse, bloquant plus ou moins complètement le pharynx, tombant très bas derrière le voile, reposant presque sur la langue, repoussant en haut la luette, et à droite se projetant considérablement dans la bouche. En apparence uni, rouge pâle, solide. Examen digital du naso-pharyngien difficile, vu l'espace pris par la tumeur. D'abord, il fut impossible de passer le doigt jusqu'aux orifices postérieurs des fosses nasales. Un dernier examen montra facilement que la tumeur partait par un pédicule long et large du cornet inférieur gauche. A huit ans, la malade avait eu la rougeole et depuis toujours un léger écoulement nasal. Un an avant, ablation pour des polypes multiples du nez. L'état actuel avait débuté dix mois avant qu'elle ne vint consulter. Anesthésie avec cocaïne à 10 0/0; ablation de la tumeur avec l'anse de Jarvis introduite par le nez, attirée avec le doigt dans le pharynx nasal, puis amenée dans la bouche, mise autour du polype aussi près que possible de la racine. C'était un polype ordinaire myxo-fibromateux, conique, dense et fibreux à sa portion pendante, fibreux près de son insertion. Quatre jours après on enleva encore une masse de polype par les narines, puis on cautérisa le cornet inférieur. Guérison.

R. L.

**Opération de Rouge pour l'extraction d'un séquestre nasal**, par C.-H. KNIGHT (Rouges operation for the removal of a nasal sequestrum). (*Med. News*, 3 janvier 1891.)

H. H..., mulâtre, 35 ans, domestique, syphilitique depuis six semaines au moment où il se présente à l'auteur et présentant un



chancre induré, des plaques muqueuses, des adénites, de l'alocépine, des douleurs ostéocopes. Il fut mis au traitement mercuriel et n'eût de nouveaux accidents qu'un an plus tard; c'étaient des syphilides tuberculeuses de la face. Deux années se passèrent ensuite sans manifestations syphilitiques; puis le malade se présenta de nouveau en août 1890, avec une ulcération du palais et du nez. La cloison, les cornets, l'os incisif avaient disparu, la voûte palatine se trouvait perforée; un grand séquestre, partiellement détaché, occupait le plancher des fosses nasales. La difformité extérieure était insignifiante, mais le nez exhalait une odeur intolérable. Ne réussissant pas à extraire le séquestre en le morcelant, on eut recours à l'opération de Rouge, le 16 septembre 1890, le malade anesthésié par l'éther. L'incision faite dans le cul-de-sac gingivo-labial supérieur, les ailes du nez séparées de l'os sous-jacent, on renversa le nez et la lèvre complètement en mettant à nu les fosses nasales. Le séquestre put alors être saisi et extrait non sans difficulté à cause de ses adhérences postérieures, après quoi les parties furent remises en place simplement sans pansement. Le malade quitta l'hôpital le lendemain et, au bout de huit jours, la plaie opératoire était guérie et la fétidité avait presque disparu. Les fosses nasales forment une seule cavité en communication avec la cavité buccale et le sinus maxillaire.

M. N. W.

**Étiologie de l'empyème de l'antre**, par SEWILL, MILLER et MAC-DONALD. (*Lancet*, 7, 14 et 21 février 1891, *Journ. of. Rhin. and Lar.*, n° 5, 1891.)

Sewill, comme chirurgien dentiste, considère la grande majorité des cas due à des affections des dents, surtout à l'inflammation avec carie de la pulpe et suppuration surtout du bout d'une racine. Une fois, la dent attaquée était la seconde molaire qui était excessivement cariée. Le tiers supérieur de la pulpe cependant gardait sa vitalité, et il était peu probable qu'elle aurait atteint l'autre; malgré cela après l'extraction, on trouva une communication très petite entre l'alvéole et l'antre qui contenait du pus.

Mac-Donald, rhinologiste, affirme que la plus grande partie des cas observés dans sa pratique est associée et secondaire à une suppuration intra-nasale d'une espèce ou de l'antre et insiste sur la rareté, dans ces cas, de lésions dentaires (quatre fois seulement sur quarante environ) pouvant être regardées comme responsables du mal.

Miller, chirurgien non spécialiste, a toujours vu l'empyème associé à une molaire antérieure malade, chose dont on ne s'est aperçu qu'en extrayant la dent saine en apparence pour faire du drainage.

Dundas-Grant, qui dans le *Journ. of. Laryng. and. Rhin.* analyse ces faits, penche pour l'origine dentaire. R. L.

**Un cas de maladie de l'antre d'Highmore, du sinus frontal et de la lame criblée**, par PAVLOFF. (*Vratch.*, n° 10, 1891, *Journ. of. Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Malade au lit avec 41° 8, migraine, mauvaise odeur venant du nez et accompagnée d'une sécrétion. Celle-ci durait depuis six ans, lors d'un refroidissement. Le sinus frontal droit et l'antre ouverts contenaient quelques gouttes de pus fétide et de matière caséeuse. Après l'opération, température normale pendant 24 heures; mais, le lendemain, deux nouveaux phénomènes apparurent. Comme il y avait du gonflement autour de l'œil droit, Pavloff ouvrit l'orbite et y trouva du pus qui fut enlevé; cependant les frissons et la température élevée continuèrent; il survint des crampes des muscles de la face, de l'impossibilité à déglutir, de l'inconscience; mort le troisième jour après l'opération. Malgré l'absence d'autopsie, l'auteur croit qu'il s'agit d'une affection purulente des deux sinus nasaux, aussi bien que de la lame criblée, que le pus s'étendait à travers le trou optique ou les trous de la lame criblée. Dans les cas d'affections nasales chroniques compliquées de lésions du sinus frontal, il ne faut pas nettoyer les sinus à travers leurs orifices naturels, cela peut léser les cellules de la lame criblée et peut servir de voies d'introduction des matières septiques dans le sinus (dans le cas actuel on trouva le streptococcus aureus dans les matières enlevées du sinus), il faut pratiquer avec un trépan une large ouverture.

R. L.

**Electrolyse en chirurgie rhino-laryngée**, par DRAISPUL. (*Vratch.* 1891 in *Journ. of Laryng.*, n° 5, 1891.)

Draispul a expérimenté chez Schnitzler, à Vienne, l'électrolyse pour les affections du nez, de la gorge, du larynx; il conclut qu'elle agit très lentement surtout pour détruire des portions de tissu considérables. Dans une dégénérescence polypeuse partielle du cornet moyen, il fallut vingt séances de 15 à 20 minutes chacune, avec courant de 15 à 20 milliampères, jusqu'à ce que l'os atteignit son diamètre normal. Pour les petites portions de

tissus, là où il y avait abondance de liquide, résultats bons et rapides; par exemple, dans les rhinites chroniques avec congestion intense de la muqueuse, si étendues parfois que le nez est obstrué. Bons résultats aussi pour les grosses granulations du pharynx détruites sans douleurs en une séance et ne laissant même pas une cicatrice notable. L'auteur n'eut pas de bons résultats dans trois cas de tuberculose de la muqueuse nasale, après grattage des parties malades, le courant n'ayant plus qu'à agir sur la base des tumeurs.

Un angio-sarcome de la cloison nasale, à large base, eut celle-ci détruite en quelques séances d'électrolyse et se cicatrisa bien. Une grenouillette, après quelques essais de traitement infructueux, ne guérit qu'après un changement dans la manière d'appliquer l'électrolyse, consistant à mouvoir le manche de l'électrode pendant l'opération; les aiguilles purent ainsi se mettre en contact avec les différentes parties de la surface interne de la tumeur; il y eut une destruction plus complète de la muqueuse. Application de l'électrolyse au larynx très difficile; malgré de la cocaïne à 10 0/0, impossible de laisser l'instrument plus de une à deux minutes, après quoi vomissements. Résultats toujours insignifiants pour le larynx. Par contre, des verrues sur les mains et sur le nez furent guéries en trois séances. R. L.

**Hypertrophie de l'amygdale pharyngée, leçon clinique, par le Dr E. FLETCHER INGALS, professeur de laryngologie à Chicago. (*Hypertrophy of the pharyngeal tonsil, a clinical lecture delivered at the Bush, med. College, October 30, 1890; Med. News, 21 mars, 1891.*)**

Notons quelques points dans les différents chapitres de la leçon. A propos de l'étiologie, le professeur F. Ingals fait observer la grande influence des fièvres éruptives et de la diphtérie sur le développement des végétations adénoïdes; la plupart des gueules-de-loup s'accompagnent d'hypertrophie amygdalienne, ce qui contredit l'hypothèse de Macdonald, qui incrimine la raréfaction de l'air par obstruction nasale. A côté du type classique de l'enfant à la bouche éternellement entr'ouverte, il ne faut pas méconnaître l'enfant bien élevé, dressé à garder la bouche close — celui-ci soupire par intervalles, pour suppléer à l'insuffisance de sa prise d'air habituelle. Quant au traitement, le professeur F. Ingals est partisan de l'abrasion à l'aide du forceps de Lœwenberg. Chez l'enfant l'opération est faite sous chloroforme, le patient couché sur le ventre, tête basse; dans cette attitude le sang ne peut couler dans la trachée. M. N. W.

**Usages de l'électricité dans les affections de la gorge, par**  
J. MACINTYRE. (*Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Revue générale des moyens de produire l'électricité, des appareils en usage. Une bonne batterie Leclanché ou Daniell, d'environ 40 à 50 éléments, ou d'éléments au chlorure d'argent en moindre nombre sont ceux à préférer pour exciter les nerfs ou les muscles et pour l'électrolyse. Pour le cautère et la lumière préférer les accumulateurs rechargés par un dynamo ou la batterie au bichromate. Examen successif des moyens pour éclairer les cavités nasales et la gorge, de la galvano-caustique, de l'application de l'électricité aux tumeurs de ces régions, ainsi qu'au traitement des lésions nerveuses et musculaires du larynx et du pharynx.

R. L.

**Un cas de lupus primitif du pharynx, par JONATHAN WRIGHT,**  
de Brooklyn. (*Medical News*, janvier 1892.)

OBSERVATION. — Un robuste jeune homme de 17 ans, d'origine allemande, sans antécédents morbides soit héréditaires, soit personnels, éprouve depuis six mois de la sécheresse de la gorge et un peu de dureté de l'ouïe. Le palais est trouvé normal, les piliers épaissis et parsemés de petites élevures brillantes; la luette, du volume de la phalangette du médius, est également couverte de ces granulations au point de paraître fongueuse à sa pointe. Sur les limites des régions malades, le voile du palais est un peu rouge. La paroi postérieure du pharynx porte quelques petites cicatrices. La muqueuse du nez est trouvée un peu hypertrophiée et, sur le cornet inférieur droit, on croit apercevoir quelques petits points blancs. La luette est amputée au ras du voile, et la base d'implantation cautérisée à l'aide de l'acide lactique. L'examen microscopique fit reconnaître la nature tuberculeuse de l'hypertrophie uvulaire, mais on ne trouva pas de bacilles; il s'agissait bien d'un lupus; les injections de tuberculine provoquèrent la réaction caractéristique, ce qui, d'ailleurs, fit fuir le malade.

M. N. W.

**Phlegmon infectieux aigu primitif du pharynx, par HOHLEIN.**  
(*St Pétersburg, med. Woch.*, n° 2, 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2.)

Malade de 32 ans, pris soudain de fièvre et de frisson, de difficulté à avaler, de gonflement douloureux dans le pharynx. Le lendemain issue de pus fétide; légère amélioration bientôt sui-

vie de gonflement du cou, de cardialgie, d'oppression. Le même soir gonflement des ganglions du cou tout entier, fièvre fixe (40°, pouls 104), mort. Autopsie : infiltration purulente du tissu connectif du cou; pus dans les plèvres; péricardite fibrino-purulente, érosions hémorragiques dans la muqueuse stomacale, gonflement de la rate, médiastinite séro-purulente. R. L.

**Technique de la pharyngotomie sous-hyoidienne, par APLANIN.**  
(*Arch. für Klin. Chir.*, B. 41; *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Malade de 28 ans, trachéotomisé quelques mois avant à cause de la dyspnée. Déglutition très difficile. Voix enrouée. Par la pression, il pouvait amener, de l'œsophage dans la bouche, une tumeur du volume d'un œuf, couverte par la muqueuse normale, de consistance élastique. La canule fermée, respiration bruyante. La tumeur abaissée, vue du larynx normale, repoussée en haut on ne voyait rien du larynx. Par la pharyngotomie, ligature et extirpation de la tumeur située sur la paroi postérieure du cartilage aryénoïde; blessure fermée par suture. Guérison en six mois. R. L.

**Tuberculose des ganglions rétro-pharyngiens, par SOKOLOFF.**  
(*Vratch.*, 1891, *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Forme très rare de lésion des glandes rétro-pharyngiennes, non décrites jusqu'ici. Comme le montrent les deux cas typiques cités par l'auteur, les symptômes ressemblent beaucoup à ceux des abcès rétro-pharyngiens, mais en diffèrent par : 1) la présence simultanée des lésions tuberculeuses des ganglions lymphatiques profonds du côté correspondant du cou ; 2) la persistance de l'affection pendant des mois et 3) le fait que le gonflement rétro-pharyngien ne peut être réduit, ni par les ponctions, ni par les incisions. L'extrême rareté de la maladie dépend de l'absence ordinaire des ganglions chez les enfants plus âgés, où la tuberculose attaque très communément les lymphatiques (sur 102 lymphadénites tuberculeuses, 26,5 0/0 seulement existaient chez des enfants au-dessous de trois ans). R. L.

**Abcès rétro-pharyngiens chez les enfants, par SOKOLOFF.** (*Compte Rend. du 4<sup>e</sup> Congrès des méd. Russes, Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

Travail basé principalement sur 40 cas d'abcès rétro-pharyngiens, et 60 de lymphadénite de la même région.

Les dépôts purulents dans l'espace rétro-pharyngien peuvent être divisés dans les groupes suivants :

1) *Simplex aepôts puru.ents par congestion en connexion avec différents processus inflammatoires de voisinage* (phlegmon du cou, inflammation des ganglions cervicaux, périostites, parotidite). 2) *Dépôts purulents tuberculeux par congestion, rattachés à la spondylite cervicale.* 3) *Abcès rétro-pharyngiens proprement dits, dus à des processus inflammatoires dans cet espace même, subdivisibles eux-mêmes en trois :* a) *phlegmon traumatique du tissu cellulaire rétro-pharyngien, causé par l'entrée directe de microbes pathogènes.* b) *inflammation métastatique du tissu, par microbes arrivant par la circulation (petite vérole, fièvre typhoïde, scarlatine, etc.);* c) *lymphadénite rétro-pharyngienne suppurée due à des microbes cheminant le long des vaisseaux lymphatiques et arrêtés dans les ganglions; c'est l'abcès rétro-pharyngien idiopathique des enfants.*

L'auteur, avec Verneuil (1842), pense que l'abcès idiopathique ne forme en réalité rien d'autre qu'une inflammation purulente aiguë des ganglions rétro-pharyngiens inférieurs, au niveau de la deuxième et troisième vertèbre cervicale. Faits à l'appui :

1) Abcès presque invariablement accompagné par hypertrophie des ganglions profonds du même côté ou des deux côtés du cou. 2) Dans certains cas, cette suppuration est précédée par un processus similaire ou tout au moins un gonflement des ganglions du cou. 3) D'autres fois suppuration d'un ganglion rétro-pharyngien suivie ou accompagnée d'un gonflement d'une glande analogue symétrique sur l'autre côté de l'espace. 4) Occasionnellement, l'observation directe nous permet de tracer le passage d'un ganglion rétro-pharyngien gonflé à la suppuration. 5) La lymphadénite survient secondairement à la pharyngite de l'une ou de l'autre variété. 6) L'affection survient surtout (75 0/0) chez des enfants au-dessous d'un an et jamais au-dessus de quatre, après quoi les ganglions sont déjà atrophiés et disparus d'après les recherches de l'auteur.

La fréquence particulière dans l'enfance est rattachée à celle de la lymphadénite cervicale aiguë en général expliquée par la relativement grande fréquence, chez les enfants, d'inflammations primitives périphériques ou de traumatismes à la tête et à ses cavités.

L'affection peut être latente, sans troubles de déglutition et de respiration; examiner fréquemment avec le doigt le pharynx des enfants, surtout s'il y a hypertrophie des ganglions cervicaux profonds.

R. L.

**Tumeur du palais**, par PAGE. (*Lancet*, 10 janv. 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Tumeur du volume d'un œuf de poule, ayant mis deux ans à croître, causant de l'obstruction pendant trois semaines, occupant l'isthme des piliers, partant du côté gauche de la gorge, impossible de voir d'où elle partait dans la profondeur; recouverte par la muqueuse amincie, pas de signes d'ulcérations; ni d'hypertrophie ganglionnaire. Laryngotomie, énucléation avec les doigts, guérison. Pas de récurrence quatre ans après. Adénomes avec cellules à aiguilles dans l'intervalle. Stephen Paget (*St Bartholomew's hosp. Reports*, 1886) a cité un grand nombre de faits semblables.

R. L.

**Sur la fonction de la glande thyroïde**, par CANIZZARO.  
(*Deuts med. Wochens.*, n° 9, 1892.)

L'auteur, dès l'année 1885, avait pratiqué plusieurs thyroïdectomies totales sur des chiens et des chats. Tous survécurent soit qu'il leur réintroduisit leur propre glande thyroïde, soit qu'il leur implantât celle d'un autre animal sur leur muscle sterno-hyoïdien. La glande perdait alors chaque fois son contenu colloïde et prenait une physionomie plus embryonnaire. Les animaux survivaient également quand ils étaient nourris par force au lait et qu'ils absorbaient de fortes doses de bromure de potassium (2-10<sup>gr</sup>). L'auteur peut également conserver la vie des chiens privés de leur glande thyroïde, en leur injectant sous la peau du sang concentré de chiens bien portants préparé d'une manière particulière (que toutefois il ne décrit pas). Il a obtenu les mêmes résultats des injections de sang de bœuf et de lapin, lorsque ceux-ci étaient privés depuis seulement quelques jours de leur glande thyroïdienne. Enfin il arriva au même résultat en employant en injection le suc concentré tiré de la glande thyroïde de divers animaux ou de l'écorce cérébrale de chiens bien portants.

L'auteur croit que toutes les manifestations de la maladie consécutives à la thyroïdectomie doivent être la suite de l'altération de la fonction des cellules ganglionnaires, qui est amenée par le manque total ou la trop petite quantité de sécrétion de la glande thyroïde.

Depuis quelque temps l'auteur traite également des épileptiques par une substance extraite de la glande thyroïde, et il croit ainsi pouvoir empêcher les convulsions.

F. PELTESOHN.



**Angine de Ludwig**, par BERNARDO GIL. (*Corresp. med. Castell.*, 10 sept. 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1891.)

Enfant de 11 mois, souffrant d'une petite tumeur immédiatement à l'angle de la mâchoire dans la région de la glande sublinguale. La glande sous-maxillaire, le tissu cellulaire près de la bouche et la partie antérieure s'enflammèrent successivement et formèrent une masse dure dans ces régions. Température élevée, pouls fréquent. Etat de l'enfant très sérieux pendant un mois; abcès gangréneux au devant du cou et sous l'os maxillaire inférieur. Guérison.

L'auteur n'est pas tout à fait certain qu'il s'agisse d'angine de Ludwig, la souffrance ayant siégé d'abord dans la glande sublinguale au lieu de la sous-maxillaire.

R. L.

**Lipome sublingual congénital**, par ZANDER. (*Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

Un jeune paysan âgé de 3 ans présentait un gonflement sublingual augmentant progressivement et noté peu après sa naissance. A l'examen toute la bouche était remplie par une tumeur molle, de la dimension d'une pomme, partant en partie de la bouche, portant la langue (normale) à son sommet; une membrane muqueuse lisse, mais légèrement mobile, présentait çà et là d'anciennes cicatrices, la couvrait. Les dents inférieures s'étaient penchées en avant. La tumeur fut extirpée très facilement, la plaie guérit sans complications. Il s'agissait d'un fibro-lipome encapsulé.

R. L.

**Parotidites suppurées**, par A. ZANDER. (*Khirurgitchesky Vestnik*, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

Série de 17 cas, 16 se rapportant à des paysans, un à une femme. 12 fois parotide droite enflammée, 4 fois la gauche, 1 fois les deux. 2 fois la maladie suivit la fièvre typhoïde, 1 fois la scarlatine, 14 fois cause inconnue, les sujets étant auparavant parfaitement bien portants en apparence. Il y eut 5 morts, 3 par septicémie, 2 par pneumonie. Les 13 autres guérirent rapidement.

R. L.

**Cas de cancer de l'œsophage perforant l'aorte**, par KHOLSHEWNISKOFF. (*Meditzinsk Prih. K'Mask. Sbern.* 1890, n° 1, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Mort subite d'un homme de 56 ans, souffrant d'une affection maligne du gosier. A l'autopsie, à 8 centimètres au-dessus du

cardia suture de 6 cent.  $1/2$  de long sur 6 centimètres de large, couvert d'un détritrus rouge sale. A l'angle supérieur ouverture d'un centimètre de diamètre, communiquant avec l'aorte thoracique, 4 centim.  $1/2$  au-dessous de l'orifice de l'aorte sous-clavière gauche.

La paroi aortique au niveau de la perforation adhérait solidement à l'œsophage; la tunique interne se détachait. Altération des ganglions du médiastin postérieur, sang dans l'estomac. Dans la région pariétale gauche, à la partie postérieure, tumeur un peu élastique, unie, de 7 centimètres de diamètre, adhérent à la dure-mère; comme l'ulcère de l'œsophage, c'était de l'épithélioma type.

R. L.

**Corps étranger de l'œsophage perforant l'aorte**, par CHENCINAKI.

(*Vratch.*, n° 41, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1891.)

Déglutition d'un fragment d'os; hémoptysies dont la dernière foudroyante accompagnée de selles sanglantes et suivie de mort rapide. L'os fut trouvé à la bifurcation de la trachée; à ce niveau deux ulcérations dont l'une communiquait avec l'aorte thoracique.

R. L.

**Diverticulum de l'œsophage**, par CHAVASSE. (*Path. Soc.*, 29 janv.

1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Un homme de 49 ans, très émacié, souffrant de dysphagie depuis plus de 10 ans, subit la gastrotomie et mourut 2 ans après de pneumonie et d'épuisement.

Diverticulum postérieur profond de 4 pouces à partir du cartilage aryténoïde, 3 pouces  $1/2$  de large, et 2  $1/2$  d'épaisseur; l'orifice du diamètre d'un pouce, la capacité de 6 onces. Parois d'épaisseur égale à celles de l'œsophage, entièrement tapissées par une muqueuse. L'ouverture fermait exactement quand la poche était entièrement pleine de liquide. Pas de tumeur maligne. L'absence de tissu musculaire, excepté à l'entrée du sac, renforçait l'opinion de Zenker et v. Ziemssen, que ces diverticules postérieurs sont primitivement dus à des effets de pression et non à une déféctuosité congénitale comme l'admettent certaines autorités.

R. L.

**Dilatation de l'œsophage**, par RUMPEL. (*Soc. med. de Hambourg*,

déc. 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 3, 1891.)

Dilatation de l'œsophage dans son tiers inférieur. Malade de

53 ans, symptômes de rétrécissement depuis 12 ans. Pendant 10 ans, bougies appliquées chaque jour. Mort d'affection du cœur. Vingt cas identiques connus. R. L.

**Affection maligne de l'œsophage avec perforation de la trachée et des bronches Mort**, par G. HUNTER MACKENZIE. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 2, 1891.)

Obstruction de l'œsophage; mort par inanition avec phénomènes de paralysie du larynx. A l'autopsie masses dures le long de la trachée; à l'œsophage ulcération de la paroi postérieure avec plusieurs enfoncements; en avant, orifice de communication avec la bronche gauche, du diamètre d'un grain de riz. Au dessus il y avait communication entre l'œsophage et la trachée. Mort 4 mois 1/2 après le début des symptômes, ce qui est une marche rapide. R. L.

**Pharyngo et œsophagoplastie**, par HACKER. (*Centralbl. für Chirurgie in Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1891.)

L'auteur rapporte ses expériences sur le chien concernant des opérations plastiques de l'œsophage par déplacement de la peau du cou. Dans deux cas (Paulsen et Witzel) l'opération a été faite sur des hommes avec de bons résultats. R. L.

**Les micro-organismes de la diphtérie**, par A. WILSON. (*Lancet*, 9 mai 1891, in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

Critique des expériences de Klein qui n'a pu aboutir à produire des lésions dans le pharynx ou le larynx, pas plus que de la paralysie. Wilson a inoculé des cultures, produisant une dépression en tuyau dans la gélatine avec liquéfaction et la formation d'un dépôt chargé. Il s'agissait d'une culture, puis d'un petit microcoque, avec laquelle on inocula des pigeons (sous les muscles pectoraux; on reproduisit chez eux la vraie diphtérie, avec membrane exsudative et paralysie chez chacun. Le milieu alcalin ou faiblement alcalin leur convient mieux; l'acidité empêche leur croissance qui fut entravée par l'emploi de solutions d'acide borique (2 0/0); de salicylate de soude (5 0/0); peroxyde d'hydrogène (2 0/0); acide hydrochlorique (2 0/0); perchlorure de fer (2 0/0); acide lactique (1 0/0); sublimé (1/500). Rien à faire avec : chlorate de potasse (10 0/0); permanganate (20 0/0); sulfo-phénate de soude (20 0/0); acide sulfureux (5 0/0). La diphtérie est, pour Wilson, primitivement une affection constitutionnelle se manifestant localement par

l'affection de la gorge, d'où nécessité de combiner les traitements interne et local. La pilocarpine (1/25<sup>e</sup> de gramme) est utile pour détacher la membrane. Ces observations confirment celles de Dundas Grant et d'autres, sur la grande valeur de l'acide lactique au point de vue local.

R. L.

**Cas de diphtérie, compliqué d'érysipèle**, par PISARZESWKI. (*Przegląd Lekarski*, n° 4, 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

Chez un enfant de deux ans, atteint de diphtérie très grave avec symptômes pulmonaires on vit, treize heures après la trachéotomie, la température monter subitement à 41° 1, la condition générale et locale s'améliorant grandement; un examen attentif montra une forte rougeur érysipélateuse de la peau du thorax. Au bout d'un jour disparition des fausses membranes du pharynx et des phénomènes pulmonaires. Erysipèle arrêté après quatre jours, canule enlevée douze jours après la trachéotomie. Guérison complète. L'érysipèle fut probablement causé par l'auteur lui-même qui avait alors un client atteint de cette affection.

R. L.

**Examen bactériologique de la membrane diphtéritique**, par WYATT JOHNSTON. (*Montreal med. chir. Soc. Transact.*, 1<sup>er</sup> mai 1891, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 6, 1891.)

L'auteur fait allusion aux difficultés parfois existantes pour faire un diagnostic parfait dans certains cas de mal de gorge; il soutient qu'en 24 heures la culture du bacille de Löffler peut décider n'importe quel cas. Colonies blanches, très plates, poussant concentriquement, avec légère dépression au centre. Beaucoup plus nombreuses et poussant bien plus rapidement que les autres bactéries trouvées dans la bouche, dont quelques-unes seulement peuvent être cultivées.

Le bacille diphtéritique reste limité à des lésions locales, l'infection systématique étant attribuée à la production d'une ptomaine pénétrant dans les lymphatiques et vaisseaux sanguins.

R. L.

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

## FRANCE

## Pharynx et Varia.

Diphthérie à début palpébral. Croup. Mort, par Soulié. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1<sup>er</sup> septembre 1890.)

Goitre kystique suffocant, Thyroïdectomie partielle, par Guelliot. (*Soc. méd. de Reims*, in *Union méd. du Nord-Est*, septembre 1890.)

Ulcération syphilitique perforante de la paroi postérieure du pharynx. Ulcération de la carotide interne. Mort, par V. Raulin. (*Ann. de la Poly-clinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

Sur un cas de tumeur maligne de la base de l'amygdale, par G. Labit. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

Etude clinique sur les goitres sporadiques infectieux, par Charvot. (*Rev. de chir.*, 10 septembre 1890.)

Des diverses variétés d'amygdalites et du caractère contagieux de l'amygdalite grippale, par Dauchez. (*France méd.*, 26 septembre 1890.)

Nature et traitement de la diphthérie. par Sevestre (*Progrès méd.*, 27 septembre et 4 octobre 1890.)

Mesures prophylactiques contre la diphthérie, par G. Dujardin-Beau-metz. (*Bull. méd.*, 28 septembre 1890.)

Phlegmon aigu infectieux du pharynx et du larynx, par F. Massei. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1<sup>er</sup> octobre 1890.)

Action de la levure de bière sur le développement et la virulence des bacilles typhique, charbonneux, pyocyanique, du fluorescens putidus, du micrococcus pyogenes aureus. Ses applications thérapeutiques dans la diphthérie, la fièvre typhoïde, le muguet, par E. Boinet et Roeser. (*Bull. gén. de therap.*, 30 septembre 1890.)

Identité de la diphthérie humaine et animale, par Delthil. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 7 octobre 1890.)

De l'amygdalite, par H. Rendu. (*Mercure méd.*, 8 octobre 1890.)

Des opérations plastiques pour remédier aux fissures palatines et de leurs résultats éloignées, par A. Pozzi. (*Gaz. méd. de Paris*, 11 octobre 1890.)

Transmission tardive d'affections croupales, par Binet. (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 13 octobre 1890.)

Traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse, par J.-A. Fort. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 14 octobre et *Gaz. des hôp.*, 16 octobre 1890.)

Traité de la diphthérie. Son origine. Ses causes. Sa nature microbienne. Ses différentes médications et plus spécialement son traitement général et sa prophylaxie par les hydrocarbures non toxiques (essence de thérébentine et goudron de gaz), par E. Delthil. (Un vol. in-8° de 580 pages, avec figures noires et en couleur dans le texte, O. Doin, éditeur; Paris, 1891.)

Les varices veineuses de l'œsophage dans l'alcoolisme chronique, par M. Letulle. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 30 octobre, et *Méd. moderne*, 20 novembre 1890.)

Gommes syphilitiques des amygdales, par M. Natier. (*Ann. de la Polyclinique de Paris*, novembre 1890.)

Du gavage dans la paralysie diphthéritique du voile du palais et du pharynx, par Faguet. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 octobre 1890.)

Tic convulsif de la lnette et du voile du palais, par G. Dieulafoy. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 13 novembre 1890.)

Chancere de l'amygdale, par E. Besnier. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, novembre 1890.)

Un cas d'angine gangréneuse primitive, par G. Luzet. (*France méd.*, 10 avril 1891.)

Goitre volumineux datant de 25 ans et se compliquant au bout de ce temps d'un tremblement permanent à oscillations très rapides, semblable au tremblement de la maladie de Basedow. Pas d'exophtalmie. Tachycardie transitoire, par H. Lamy. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 7; mars 1891.)

Sur un cas de pustules de la gorge, du pharynx, du nez et du larynx, par Audubert. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 avril 1891.)

Remarques cliniques et opératoires à propos de cinq observations de gastrostomie pratiquée pour cancer de l'œsophage, par F. Terrier et Louis. (*Rev. de chir.*, 10 avril 1891.)

Le champignon du muguet. Revue générale, par P. Achalme. (*Gaz. des hôp.*, 25 avril 1891.)

Epidémies de diphtérie (1890-1891), observées par E. Girat. (*Union méd.*, 25 avril 1891.)

Note préliminaire sur les effets physiologiques du suc de diverses glandes et en particulier du suc extrait de la glande thyroïde, par E. Gley. (*Comptes rendus heb. de la Soc. de biol. de Paris*, 24 avril 1891.)

Papillome de la lnette, par E. Potherat. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 9; mars-avril 1891.)

Sur la fermentation alcoolique et la transformation de l'alcool en aldéhyde provoquée par le champignon du muguet, par G. Linossier et G. Roux. (*Ann. de micrographie*, 20 avril 1891.)

De la maladie de Basedow développée sur un goître ancien, par Lavenes. (*Thèse de Paris*, mai 1891.)

Des troubles nerveux consécutifs aux lésions du corps thyroïde, par A. Joffroy. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai 1891.)

Deux cas d'infection pneumococcique à localisation particulière (angine et méningite à pneumocoques), par H. Rendu et P. Bouloche. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 mai 1891.)

Nouveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle des corps thyroïdes, par Laulané. (*Comptes rendus heb. de la Soc. de biol. de Paris*, 15 mai 1891.)

Notes sur la diphtérie aviaire; ses rapports avec la diphtérie humaine, par P. Haushalter. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mai 1891.)

Une nouvelle observation d'angine couenneuse traitée et guérie par les injections sous-cutanées de pilocarpine, par Vialle. (*Actualité méd.*, 15 mai 1891.)

Thyroidite à pneumocoques, par Gérard Marchant. (*Arch. int. de laryng., rhin. et otol.*, mai-juin 1891.)

Angine oedémateuse suraiguë consécutive à une éruption salolée de cause interne, par A. Morel-Lavallée. (*Arch. int. de laryng., rhin. et otol.*, mai-juin 1891.)

Anomalie artérielle rétro-pharyngée, par Gellé. (*Soc. franç. d'otol. et laryngol.*, session de mai 1891.)

Des kystes du plancher de la bouche, par S. Duplay. (*Bull. méd.*, 20 mai 1891.)

Le traitement de la coqueluche, par G. Lyon. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 13 mai 1891.)

Angine streptococcienne; fusée purulente rétro-pharyngo-œsophagienne s'ouvrant dans la cavité pleurale droite; pleurésie purulente à streptocoques; empyème; mort, par V. Hanot. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 mai 1891.)

Angine membraneuse de la scarlatine, par H. Gillet. (*Ann. de la Poly-clinique de Paris*, mai 1891.)

Deux cas de thyroïdite infectieuse, par Tavel et Kummer. Rapport, par E. Nicaise. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 20 mai 1891.)

Recherches sur le traitement de l'angine diphthéritique par les injections interstitielles dans les amygdales, le voile du palais et les ganglions du cou, par Nepveu. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol. de Paris*, 22 mai 1891.)

Sur la toxicité des urines des chiens thyroïdectomisés, Contribution à l'étude des fonctions du corps thyroïde, par E. Gley. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol. de Paris*, 22 mai 1891.)

Epithélioma du corps thyroïde, par A. Pilliet. (*Bull. de la Soc. anat. des hôp.*, 31 janvier 1891.)

Passage des éléments lymphatiques à travers l'épithélium du pharynx, par Ferré. (*Soc. d'anat. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 décembre 1890.)

Modification apportée au procédé d'extirpation de tumeur de la langue, par P. Berger. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 7 janvier 1891.)

Sémiologie nerveuse de la langue, par Du Pasquier et Marie. (*Progrès méd.*, 7 et 14 février et 21 mars 1891.)

Du ténisme pharyngien, par Lennox Browne. (*Arch. de laryng., rhinol. et otol.*, février 1891.)

Contribution à l'étude de la diphthérie. De l'examen bactériologique de la fausse membrane diphthéritique. Son importance au point de vue du diagnostic, par Perret. (*Thèse de Paris*, février 1891.)

Suture après l'ablation de la langue, par P. Berger. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 4 février 1891.)

Trois cas d'infection par le staphylocoque doré dans le cours de la coqueluche, par P. Haushalter. (*Rev. méd. de l'Est*, 1<sup>er</sup> février 1891.)

Infections ganglionnaires secondaires dans la diphthérie, par C. Morel. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 1; janvier 1891.)

Épingle ayant perforé l'œsophage. Mort par infection purulente, par Dagron. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 1; janvier 1891.)

Des complications articulaires consécutives aux angines et en particulier à l'angine diphthéritique, par C. Masson. (*Thèse de Lyon*, janvier 1891.)

Fistule œsophago-trachéale congénitale, par C. Grandou. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 3; janvier 1891.)

Névralgie paludique de la langue avec ulcération, par Le Diberder. (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 21 février 1891.)

Spasmes cloniques du pharynx (aérophagie hystérique), par L. Bouvet. (*Rev. de méd.*, 10 février 1891.)

Contribution à l'étude de la diphthérie, par Morel. (*Thèse de Paris*, mars 1891.)

Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la dissection des amygdales, par Gampert. (*Thèse de Paris*, mars 1891.)

Recherches récentes sur les effets du poison diphthéritique et sur l'immunité contre la diphthérie, par Jumon. (*Médecine moderne*, 26 février 1891.)

Note sur une altération des cellules hépatiques dans la diphthérie expérimentale, par Dubief et Bruhl. (*Comptes rendus des séances hebdomadaires de la Soc. de biol. de Paris*, 27 février 1891.)

Un cas de pharyngite fibrineuse datant de deux ans, par Onodi. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1<sup>er</sup> mars 1891.)

Œsophagisme hystérique et dysphagie chez une fillette de 2 ans, par P. Haushalter. (*Médecine moderne*, 5 mars 1891.)

Phlegmon infectieux du pharynx, de l'œsophage et du larynx. Mort. Autopsie, par C. Sauvigneau. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 4; février 1891.)



Note sur la gastrostomie dans le cancer de l'œsophage, par H. Hartmann. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 4; février 1891.)

Polype du pharynx, par Lagoutte. (*Soc. des Sciences méd. de Lyon, in Lyon méd.*, 8 mars 1891.)

De la mort par la diphthérie, par P. Huguenin. (*Gaz. des hôp.*, 14 mars 1891.)

Un cas mortel de diphthérie chez un adulte, par R. Lépine. (*Province méd.*, 7 mars 1891.)

Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et préépiglottique (3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> amygdales), par E.-J. Moure et V. Raulin. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 13 mars et 1<sup>er</sup> avril 1891.)

Aiguille et rugine nouvelles pour la restauration des divisions du palais et du voile du palais, par A. Le Dentu. (*Médecine moderne*, 2 avril 1891.)

Deux cas d'actinomycose de l'homme, par Doyen. (Congrès français de chirurgie, séance du 1<sup>er</sup> avril; Paris, 1891.)

Quatre observations de chancre syphilitique de l'amygdale, par C. Szadek. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1<sup>er</sup> avril 1891.)

Paralysie cardiopulmonaire diphthéritique isolée et d'emblée, par C. Fromaget. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril 1891.)

Sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique, par Hermann. (*Thèse de Paris*, novembre 1890.)

Sur un cas de myxoedème amélioré par la greffe thyroïdienne, par P. Merklen et Ch. Walther. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 20 novembre 1890.)

Traitement inoffensif des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse linéaire combinée à la dilatation, par J.-A. Fort. (*Rev. chirurg.*, 15 novembre 1890.)

Un cas de luette double. Inflammation œdémateuse de l'organe limitée à un des lobes, par J. Charazac. (*Ann. de la Polyclinique de Toulouse*, 7 novembre 1890.)

Phlegmon infectieux du pharynx, par Culot. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 27 novembre 1890.)

Spasme rythmé du voile du palais, par A. Legroux. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 27 novembre 1898.)

Ulcération du pharynx; mort par hémorrhagie foudroyante, par Estradère. (*Soc. d'anat. et physiol.; Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 septembre 1890.)

Procédé d'uranoplastie par rotation de la cloison nasale, par Sabatier. (*Province méd.*, 11 octobre 1890.)

Le traitement de la diphthérie par la glace; rapport sur deux mémoires présentes par le Dr Bleyne, par A. Sevestre. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 4 décembre 1890.)

Coqueluche grave observée chez une enfant d'un an. Convulsions, syncopes, guérison, par L. Baumel. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, décembre 1890 et janvier 1891.)

Méthode de traitement de la tuberculose du professeur Koch, mise à la portée du grand public; traduit de l'allemand, par E. Tutzscher. (W. Hinrichsen, éditeur; Paris, 1890.)

Étiologie de la diphthérie. Revue générale, par L. Bard. (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 13 décembre 1890.)

De la vaccination contre la diphthérie chez les animaux, par Behring. (*Bull. méd.*, 14 décembre 1890.)

Un cas de lordose des vertèbres cervicales, par P. Heymann. (*Arch. de laryng., rhin., etc.*, décembre 1890.)

Amygdalotomie et hémorrhagie, par E.-J. Moure. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 décembre 1890.)

Du traitement de la coqueluche, par Sejournet. (*Union méd. du Nord-Est*, décembre 1890.)

De la membrane du sac lymphatique œsophagien de la grenouille, par Ranvier. (*Acad. des Sciences*, séance du 8 décembre; Paris, 1890.)

Thyroidectomie partielle, par A. Poncet. (*Soc. des Sciences méd. de Lyon*, 21 décembre 1890.)

Traitement de l'angine diphthéritique par les injections interstitielles de sublimé, par G. Nepveu. (*Bull. méd.*, 27 décembre 1890.)

Angine de Ludwig, par Michel. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fascicule 20; décembre 1890.)

Sur un cas de cancer de l'œsophage et du larynx traité par l'œsophagotomie externe et la trachéotomie, par M. Christovitch. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 décembre 1890.)

Sur la transmission de la diphthérie des animaux à l'homme, par J. Brusque. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 décembre 1890.)

Des complications articulaires et périarticulaires de la diphthérie, par B. Lyonnet. (*Lyon méd.*, 4 janvier 1891.)

Angine fibrineuse précoce de la scarlatine; nature, diagnostic, pronostic, traitement, par H. Gillet. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 7 janvier 1891.)

Contribution à l'étude de la galvanopuncture dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales chez les enfants, par Tersson. (*Thèse de Paris*, janvier 1891.)

Contribution au traitement des corps étrangers de l'œsophage chez les enfants, par B. Polikier. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier 1891.)

Angines de la scarlatine, par H. Bourges. (*Thèse de Paris*, janvier 1891.)

Diphthérie et gangrène, par Girode. (*Rev. de méd.*, janvier 1891.)

Les recherches récentes sur la diphthérie. Revue générale, par R. Romme. (*Tribune méd.*, 29 janvier 1891.)

De la cachexie pachydermique, ou myxoedème, par G. Thibierge. (*Gaz. de Paris*, fasc. 10; mai 1891.)

Angine infectieuse ayant donné lieu à la paralysie du nerf phrénique et du pneumogastrique, par H. Rendu. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 mai 1891.)

Amygdalite infectieuse terminée par la mort, par Féréol. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 mai 1891.)

Thyroidite infectieuse, par Kirmisson. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 27 mai 1891.)

Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage à la suite de l'ingestion d'un liquide caustique. Guérison par l'électrolyse linéaire, par J.-A. Fort. (*Rev. chirurg. des mal. des voies urinaires*, 1<sup>er</sup> juin 1891.)

Division congénitale complète de la voûte et du voile du palais. Staphyloplastique. Guérison complète. Remarques sur le siège exact de la fissure alvéolaire, par Denucé. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 avril 1891.)

Polype fibreux de l'amygdale, développé pendant la grossesse, par Le-four. (*Soc. d'anat. et physiol.*, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 avril 1891.)

De l'hypertoxémie tardive dans la diphthérie, par H. Dauchez. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 3 juin 1891.)

Adenopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'œsophage, par P. Olivier. (Rouen, 1891.)

Emphysème sous-cutané, complication mortelle de la coqueluche, par Pernet. (*Bull. méd. des Vosges*, avril 1891.)

Contribution à l'étude des thyroidites infectieuses, par Rascol. (*Thèse de Paris*, juin 1891.)

Un cas d'œdème aigu de la luette, par L. Galliard. (*France méd.*, 12 juin 1891.)

De quelques associations microbiennes dans la diphthérie, par Barbier. (*Arch. de méd. expér.*, mai 1891.)

Du goitre suffocant, par Potain. (*Bull. méd.*, 24 juin 1891.)

Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs

rapports avec la dégénérescence, par Charon. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

De la conduite à tenir dans le traitement de l'angine couenneuse, par G. Eloy. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 24 juin, 1<sup>er</sup>, 15 et 29 juillet 1891.)

Des rapports du goitre simple avec la maladie de Basedow; des faux goitres exophtalmiques, par I. Bruhl. (*Gaz. des hôp.*, 23 et 29 juin 1891.)

Angines à pneumocoques, par Bardon. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 25 juin 1891.)

Sur une variété de stomatite diphthéroïde à staphylocoques (stomatite impétigineuse), par A. Sevestre et P. Gastou. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 et 9 juillet 1891.)

Les angines de la scarlatine, par H. Bourges. (*Gaz. des hôp.*, 4 juillet 1891.)

Diagnostic et traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche (kystes latéraux), par Ch. Monod. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 1<sup>er</sup> juillet; *Méd. moderne*, 9 juillet 1891.)

Les nouveaux traitements de la coqueluche, par G. Lyon. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 24 juin 1891.)

Urticaire œdémateuse. Localisation sur la muqueuse de l'isthme du gosier, par Laveran. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 juillet 1891.)

Paraplégie dans la maladie de Basedow, par J.-M. Charcot. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 juillet 1891.)

I. De l'innocuité de l'ablation du corps thyroïde et de la cause des accidents graves de la thyroïdectomie, par G. Arthaud et L. Magon. — II. Expériences sur la thyroïdectomie double, par C.-E. Quinquaud. — III. Sur les effets de l'extirpation du corps thyroïde. Remarques au sujet de la note de MM. Arthaud et Magon, par E. Gley. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol. de Paris*, 9 et 16 juillet 1891.)

Sur un cas de sarcome de l'isthme du gosier et du pharynx, par H. Hallopeau. (*Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 9 juillet, in *Progress méd.*, 11 juillet 1891.)

Epithéliome kystique du corps thyroïde, par A. Pilliet. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 14; juin 1891.)

Cancer de l'œsophage. Ouverture dans la bronche gauche. Cancer secondaire dans le grand droit de l'abdomen, par Martin-Durr. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 14; juin 1891.)

Traitement de l'angine phlegmoneuse, par Saint-Philippe. (*Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 16 juin; in *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 13 juillet 1891.)

Sur l'angine diphthéroïde de la syphilis secondaire. Trois observations, par A. Robin et Deguéret. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 juillet 1891.)

Contribution à l'étude des fibromes de la langue, par Dufayet de la Tour. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

Kystes dermoïdes du plancher de la bouche, par Heurtaux. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 13 juillet 1891.)

Cancer de l'œsophage et gastrostomie, par Bonnet. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 19 juillet 1891.)

Cancer du corps thyroïde, par Porte. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*; in *Lyon méd.*, 19 juillet 1891.)

Sur un cas de cancer de l'œsophage et du larynx, traité par l'œsophagotomie et la trachéotomie, par M. Christoitch. (*Rev. de chir.*, 10 juillet 1891.)

Nouvelle note sur les causes de la mort après la thyroïdectomie, par Arthaud et Magon. Remarques sur la note de MM. Arthaud et Magon, par E. Gley. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol. de Paris*, 23 juillet 1891.)

Sur la diphtérie du pigeon, par P. Mégnin. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol. de Paris*, 23 juillet 1891.)

L'angine diphthéritique et son traitement, par Bovet. (*Pratique méd.*, 16 juin 1891.)

Rougeole grave; angine infectieuse; adénophlegmon du cou, par Cousin. (*Soc. d'an. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 juin 1891.)

Fragment de pipe ayant séjourné cinq ans dans la langue, par Delassus. (*Soc. des Sc. méd. de Lille*; *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 29 mai 1891.)

Lipome sublingual, par Folet. (*Bull. méd. du Nord*, 26 juin 1891.)

Carcinome de la base de la langue, par Guernonprez. (*Soc. des Sc. méd. de Lille*; *Journ. des Sc. méd. de Lille*, 26 juin 1891.)

Chancro de l'amygdale. Manifestations secondaires multiples, par de Molènes. (*Ann. de dermat. et syphil.*, 23 mai 1891.)

Angine diphthéritique; hypertoxémie tardive et mort subite, par Chandeze. (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 3 août 1891.)

Du traitement actuel du cancer de la langue, par Grellety. (*Thèse de Bordeaux*, 1891.)

Chancres de la lèvre et de l'amygdale, par C. Mauriac. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 août 1891.)

Note sur un nouveau traitement de la diphthérie, par Catuffe. (*France méd. et Paris méd.*, 21 août 1891.)

Les kystes de la voûte du pharynx, par V. Raulin. (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 1<sup>er</sup> septembre 1891.)

Bulletin de la Société de médecine de Rouen. (2<sup>e</sup> série, vol. 4; Rouen, 1891.)

Diphthérie et créosote. Une médication préventive de la broncho-pneumonie survenant après la trachéotomie, par M. Soupault. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, septembre 1891.)

De la palatoplastie, par Polaillon. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 1<sup>er</sup> septembre 1891.)

Erythème eczémateux à la suite de pansements au salol, par A. Cartaz. (*Arch. de lar., rhin., otol.*, septembre-octobre 1891.)

Étude sur les électro-thermocautères, par Cheval. (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1<sup>er</sup> octobre 1891.)

Traitement de la diphthérie, par Grancher. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 octobre 1891.)

Traitement curatif et hygiénique des angines non diphthéritiques, par André Martin. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1<sup>er</sup> octobre 1891.)

Traitement de la diphthérie, par E. Gaucher. (*Méd. moderne*, 1<sup>er</sup> octobre 1891.)

Sur un cas d'anévrisme spontané de l'artère thyroïdienne inférieure, par Brousses. (*Rev. de chir.*, 10 septembre 1891.)

Goître parenchymateux charnu. Ennéclation: guérison, par M. Hache. (*Rev. de chir.*, 10 septembre 1891.)

Quelques phénomènes peu communs dans la maladie de Graves, par Boinet et Bourdillon. (*Ass. franç. pour l'avancem. des Sciences*; Congrès de Marseille, septembre 1891.)

De la paralysie du voile du palais dans l'ataxie locomotrice, par Schnell. (*Ass. franç. pour l'avanc. des Sciences*; Congrès de Marseille, septembre 1891.)

Traitement de l'angine diphthéritique par le cyanure de potassium, par de Ruelle. (*Ass. franç. pour l'avanc. des Sciences*; Congrès de Marseille, septembre 1891.)

La syphilis de la langue, par Du Castel. (*Union méd.*, 26 septembre 1891.)

De la diphthérie et de son caractère bacillaire au point de vue du traitement, par Jacques. (*Ass. franç. pour l'avanc. des Sciences*; Congrès de Marseille, 18 septembre 1891.)

Remèdes contre la coqueluche, par Chavernac. (*Ass. franç. pour l'avanc. des Sciences*; Congrès de Marseille, 23 septembre 1891.)

Le traitement de la coqueluche, par Lopès de Almeida. (*Bull. gén. de therap.*, 8 octobre 1891.)

Du traitement de la diphthérie par les irrigations salicylées, par Parisot. (*Bull. gén. de therap.*, 15 septembre 1891.)

Isolément ou antiseptie dans la diphthérie, par R. Couëtoux. (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 9 septembre 1891.)

Traitement de l'amygdalite aiguë par la scarification et le massage, par Debeaux. (*Thèse de Montpellier*, 1890-91.)

Contribution à l'étude des tumeurs du voile du palais, par Leclerc. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Étude sur les abcès rétro-pharyngiens, par Lafont. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Contribution à l'étude étiologique de la diphthérie, par Zaleski. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Vaste abcès rétro-pharyngien sans fluctuation, par Senoble. (*Poitou méd.*, 1<sup>er</sup> juillet 1891.)

Coqueluche et stomatite ulcéro-membraneuse; scrofule et rougeole, par Descroizilles. (*Mercure méd.*, 30 septembre 1891.)

Un cas d'enveloppement total de la luette dans une membrane s'étendant d'une amygdale à l'autre, par Solis Cohen. (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1891.)

Note sur un cas d'uvulite tuberculeuse, par Ragonneau. (*Rev. de lar., otol. et rhin.*, 15 octobre 1891.)

Traité de chirurgie. Face, lèvres, cavité buccale, gencives, langue, palais et pharynx, par A. Broca. Plancher buccal, glandes salivaires, œsophage et larynx, par H. Hartmann. Corps thyroïde, par A. Broca. (Tome V, G. Masson, éditeur, Paris, 1891.)

De quelques usages de l'antipyrine, par B. Martin. (*Union méd.*, 20 octobre 1891.)

Opération radicale de la grenouillette, par Felizet. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 21 octobre 1891.)

Contagion de l'amygdalite aiguë, par Dubousquet-Laborderie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1<sup>er</sup> novembre 1891.)

Notes : 1<sup>re</sup> sur le traitement de Gaucher à propos des paralysies diphthériques; 2<sup>e</sup> sur la contagion de la diphthérie animale à l'homme, par Dubousquet-Laborderie. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1<sup>er</sup> novembre 1891.)

De la naphthaline contre la coqueluche, par Chavernac. (*Bull. gén. de therap.*, 30 octobre 1891.)

Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires, par A. Sokolowski et L. Dmochowski. (*Arch. int. de laryng., rhin. et otol.*, novembre-décembre 1891 et janvier-février 1892.)

Contagion de l'amygdalite aiguë, par Richardière. (*Semaine méd.*, 2 septembre 1891.)

Note sur un cas de récurrence de coqueluche, par P. Le Gendre. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, novembre 1891.)

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière, par Gilles de la Tourette. Préface de J.-M. Charcot. Hystérie normale ou interparoxystique. (Un vol. de 580 pages avec 46 figures dans le texte, E. Plon, Nourrit et C<sup>ie</sup>, éditeurs; Paris, 1891.)

De la gastrostomie dans le rétrécissement fibreux de l'œsophage et en particulier de la gastrostomie sans obturateur et sans sonde à demeure, par J. Lafourcade. (*Gaz. heb. de méd. et chir.*, 14 novembre 1891.)

Hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie et à l'extraction dentaire, attribuées à la cocaïne, par Buisseret. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 novembre 1891.)

Contribution à l'étiologie du goitre, par Frœlich. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 novembre 1891.)

De l'énucleation intraglandulaire des goîtres solides, par Chamozzi. (*Thèse de Paris*, décembre 1891.)

Des polytypes de l'amygdale, par F. Lejars. (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1891.)

Sur les paralysies diphthéritiques et sur le traitement dit de Gaucher, par A. Martin. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. prat. de Paris*, 1<sup>er</sup> décembre 1891.)

Syphilis secondaire de l'amygdale linguale, par Labit. (*Rev. de lar., otol. et rhinol.*, 1<sup>er</sup> décembre 1891.)

Contagion de l'amygdalite aiguë, par Baratoux. (*Pratique méd.*, 6 octobre 1891.)

Un cas d'hémorrhagie aiguë (apoplexie) de la luette, par Le Jeune. (*Gaz. des hôp.*, 3 décembre 1891.)

De la soudure complète du voile du palais au pharynx de nature serofuleuse, par Lavrand. (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 16 octobre 1891.)

La diphthérie en 1890-91; le traitement par la glace; l'intubation du larynx à l'hôpital de la Conception de Marseille, par Dastros. (*Marseille méd.*, 15 et 30 septembre 1891.)

De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage; nouvelle technique opératoire, par M. Tillier. (*Thèse de Lyon*, novembre 1891.)

Traitement du goître exophtalmique par la faradisation, par A. Vigoureux. (*Gaz. des hôp.*, 1<sup>er</sup> et 10 décembre 1891.)

Des ulcérations de la langue, par A. Fournier. (*France méd.*, 11 et 18 décembre 1891.)

Notes pour servir à l'histoire de la dissémination de la diphthérie, par P. Lacour. (*Bull. méd. du Dispens. gén. de Lyon*, décembre 1891.)

De la contagiosité et des complications pleuropulmonaires dans les angines aiguës, par Constantinescu. (*Thèse de Paris*, décembre 1891.)

Goître parenchymateux suffocant; énucléation. Guérison sans accidents tardifs, par M. Cristovitch. (*Bull. gén. de therap.*, 15 décembre 1891.)

Maladie de Basedow avec myxœdème, par P. Sollier. (*Rev. de méd.*, 10 décembre 1891.)

I. Sur les fonctions du corps thyroïde. — II. Note sur les fonctions de la glande thyroïde chez le lapin et chez le chien, par E. Gley. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol. de Paris*, 25 décembre 1891.)

Epithélioma de l'œsophage à marche rapide, par J. Girode. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc 21; novembre-décembre 1891.)

A propos du traitement de la diphthérie, par H. Barbier. (*France méd.*, 1<sup>er</sup> janvier 1892.)

Goître chez un nouveau-né, par Lyonnet. (*Soc. des Sc. méd. de Lyon; in Lyon méd.*, 20 décembre 1891.)

Deux cas d'allongement avec déchirure partielle de la luette, par Goebel. (*Arch. de méd. milit.*, octobre 1891.)

La fièvre apteuse des vaches laitières et la stomatite apteuse chez les enfants, par A. Olivier. (*Rev. des mal. de l'enfance*, janvier 1892.)

Les amygdalites aiguës, par Sallard. (*Thèse de Paris*, janvier 1892.)

Du spasme de l'œsophage, par Legendre. (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1891.)

Contribution à l'étude de l'hémiatrophie linguale, par Chabanne. (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1891.)

Purpura et erythème papulo-nouveaux au cours d'une amygdalite à streptocoques. Discussion pathogénique, par P. Le Gendre et P. Claisse. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 janvier 1892.)

Erysipèle à début insolite caractérisé par une glossite intense; guérison, par H. Rendu. (*France méd.*, 15 janvier 1892.)

Du tissu angiothélial des amygdales et des plaques de Peyer, par E. Retterer. (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol. de Paris*, 15 janvier 1892.)

Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse. Périamygdalite linguale phlegmoneuse; phlegmon sous-muqueux de la base de la langue, par A. Ruault. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, janvier-février 1892.)

L'infection dans les amygdalites aiguës. Revue générale, par C. Eloy. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 27 janvier 1892.)

Lupus de la gorge, par Cognacq. (*Soc. d'anat. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 décembre 1891.)

Le diagnostic des angines dans l'enfance, par J. Simon. (*Semaine méd.*, 13 janvier 1892.)

Goitre kystique, par Faguet. (*Soc. d'anat. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 décembre 1891.)

Des perforations syphilitiques de la voûte palatine, par S. Duplay. (*Mercredi méd.*, 3 février 1892.)

Les traitements de la coqueluche, par H. Gillet. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 10 février 1892.)

Tuberculose aiguë de la langue. Eczéma de la langue. Gomme du palais, par E. Besnier. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, 10 février 1892.)

Prophylaxie de l'influenza par l'antisepsie buccale, par Laborde. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 9 février 1892.)

Fistules branchiales. Rapport de P. Berger sur deux observations de Février. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 3 février 1892.)

Diagnostic des syphilides de la langue, par Du Castel. (*Union méd.*, 11 février 1892.)

L'actinomyose en Flandre, par Guérmonprez et Augier. (*Gaz. des hôp.*, 11 février 1892.)

Fistules branchiales à paroi complexe; gaine musculaire striée; glandules et diverticules; déductions thérapeutiques, par F. Lejars. (*Progrès méd.*, 13 février 1892.)

Fistule adhyoïdienne, par Robert. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 10 février 1892.)

Extirpation complète de la langue pour un cancer, par E. Quénu. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 10 février 1892.)

Vitiligo et leucoplasie buccale, par Du Castel. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 11 février; *Bull. méd.*, 14 février 1892.)

Tuberculose primitive et isolée du pharynx, par L. Jullien. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 11 février; *Bull. méd.*, 14 février 1892.)

De l'enucléation intraglandulaire des goîtres (strumectomie), 24 observations inédites, par L. Fontaine de Prellé. (*Thèse de Lyon*, janvier 1892.)

Du traitement de la diphthérie par le sulfure de calcium, par S. Jaulmes. (*Thèse de Lyon*, janvier 1892.)

Contribution à l'étude des érythèmes infectieux, en particulier dans la diphthérie, par Mussy. (*Thèse de Paris*, février 1892.)

Syphilis secondaire anormale et maligne, à forme tuberculo-ulcérate gangréneuse, par E. Besnier. (*Soc. franç. de dermat. et syphil.*, séance du 11 février; *Bull. méd.*, 14 février 1892.)

La stomatite mercurielle d'après les travaux récents. Revue critique, par G. Lyon. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 17 février 1892.)



## NOUVELLES

La *Société italienne de laryngologie, otologie et rhinologie* se réunira pour la première fois à Rome vers la mi-octobre 1892. Les sujets qui ont été proposés pour la discussion par le Comité directeur, sont :

1<sup>re</sup> Phases, nature et traitement des papillomes du larynx; *rapporteur*, Prof. F. Massei, de Naples;

2<sup>re</sup> Importance diagnostique de la perception des sons par la voie crânienne et aérienne dans les maladies de l'oreille; *rapporteur*, Dr C. Corradi, de Vérone;

3<sup>re</sup> Diagnostic et traitement des affections des sinus annexes des cavités nasales; *rapporteur*, Dr G. Strazza, de Gènes.

Les titres des communications doivent être envoyés jusqu'au 31 août prochain à la Direction d'un des journaux suivants : *Archivi italiani di laringologia*, 4, piazza Municipio, Naples. — *Archivio internazionale delle specialità medico chirurgiche*, strada S. Anna di Palazzo, 4, Naples. — *Bollettino delle malattie dell Orecchio, della gola e del naso*, Borgo dei Greci, 8, Florence.

Les communications suivantes ont été faites à la *Société d'otologie allemande*, qui s'est réunie à Francfort-sur-Mein le 17 avril dernier.

Coup d'œil sur l'otologie d'après des observations parues dans les encyclopédies de Hirsch et Virchow de 1866 à 1890, par LUCAE (Berlin). — I. Atrésie totale du voile du palais. II. Rhinolithes, par KUHN (Strasbourg). — Thrombose des sinus, par JANSEN (Berlin). — Massage de la muqueuse nasale, par LAKER (Graz). — Néoplasie et méthode de traitement de l'otite scarlatineuse, par MOOS (Heidelberg). — De la surdité sensorielle, par BARTH (Marburg). — Parésie du nerf acoustique, par

ROHRER (Zürich). — Causes et prophylaxie de la surdi-matité, par LEMKE (Rostock). — Traitement par la pilocarpine, par SCHUBERT (Nuremberg) et EULENSTEIN (Francfort-sur-Mein). — Sur le liquide labyrinthique, par ASHER (Heidelberg). — Progression des affections de l'oreille moyenne par le canal carotidien dans la cavité intra-crânienne, par KOERNER (Francfort-sur-Mein). — Indications de la paracentèse de la membrane de Shrapnell, par VOHSEN (Francfort-sur-Mein). — Signification de la paroi résonnante pour l'épreuve de l'ouïe, par DENNERT (Berlin). — Présentations d'instruments, par LUCAS (Berlin). — Instruments pour les végétations adénoïdes, par SCHUTZ (Mannheim). — Présentation d'un nouvel acoumètre, par LEVI (Haguenau). — Présentation de séquestres et de moulages en plâtre de maxillaires supérieurs, dégénérés à la suite de gêne de la respiration nasale, par KOERNER (Francfort-sur-Mein). — Présentation d'accumulateurs, par SELIGMANN (Francfort-sur-Mein). — Présentation de quelques malades opérés par la méthode de Stacke, par VOHSEN (Francfort-sur-Mein). — Présentation d'une malade à laquelle une balle de revolver fut extraite du rocher, par WOLF (Francfort-sur-Mein).

---

Nous lisons, dans la *Berliner Klinische Wochenschrift*, que le Dr T. Heryng, de Varsovie, a refusé le poste de professeur extraordinaire de laryngologie, qui lui avait été offert à Innsbruck.

---

*Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.*

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 3 JUIN

Une observation de granulations adénoïdes chez un enfant de six semaines, par ASTIER. — Recherches sur les causes anatomiques de la déviation de la cloison nasale. Existe-t-il un rapport entre cette déviation et l'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face? par POTIQUET. — Note sur les stéthoscopes à renforcement, par MARAGE. — Observation de syphilis pharyngo-laryngée, par CARTAZ. — Corps étrangers de l'arrière-gorge et pharyngo-mycoses, par DE NABIAS et SABRAZES. — Nodules des chanteurs. Étude histologique, par SABRAZES et FRÉCHÉ. — Présentation d'instruments pour l'intubation avec tube fenêtré, par LICHTWITZ.

---

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS

---

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

Des végétations adénoïdes du pharynx, par A.-A. FOUCHER. (Extrait de l'*Union méd. du Canada*, mars 1892.)

Ein Beitrag zur Frage der differential-diagnostischen Bedeutung der Prüfung der Gehörfunktion mit der Stimmgabel (Contribution à l'étude de la valeur au point de vue du diagnostic différentiel de l'examen de la fonction auditive au moyen du diapason, par V. KRZYWICKI. (Tirage à part de la *Berl. klin. Woch.*, n° 12, 1892.)

Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder (Un cas de sclérose multiple du cerveau et de la moelle épinière accompagnée de tremblement intense des cordes vocales, par V. KRZYWICKI. (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 12, 1892.)

A very irregular foreign body in the alimentary tract safely voided under the *potato* treatment (Corps étranger très irrégulier du canal alimentaire expulsé, par le traitement par les pommes de terre, par J. SOLIS COHEN. (Extrait du *Med. News*, 8 août 1891.)

The Symptoms and Pathological Changes in the upper air passages in Influenza (Troubles des voies aériennes supérieures dans l'influenza, par J. SOLIS COHEN (Extrait du *N. Y. med. Journ.*, 26 mars 1892.)

A case of tracheotomy for multiple neoplasms of the larynx (Un cas de trachéotomie pour des néoplasmes multiples du larynx, par J. SOLIS COHEN. (Extrait des *International Clinics*, janvier 1892.)

Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraumes (Névroses et névroses réflexes de la cavité naso-pharyngienne, par E. BAUMGARTEN. (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, n° 44, Leipzig, 1892.)

Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par E.-J. MOURE. (Brochure de 24 pages, O. Doix, éditeur, Paris 1892.)

Cyst of the middle turbinated bone (Kyste du cornet moyen, par C.-H. KNIGHT. (Extrait des *International Clinics*, janvier 1892.)

Cyst of the middle turbinated bone (Kyste du cornet moyen, par C.-H. KNIGHT. (Extrait du *N. Y. med. Journ.*, 19 mars 1892.)

Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes (Sur la conductibilité centripète du nerf laryngé inférieur et la position pathologique médiane de la corde vocale, par H. KRAUSE. (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 20, 1892.)

Zur Frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde (Contribution à la localisation du larynx à l'écorce grise du cerveau, par H. KRAUSE. (Tirage à part de la *Berliner klin. Woch.*, n° 25, 1890.)

De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire, par F. CHABORY. (Brochure de 60 pages, G. STEINHEIL, éditeur, Paris 1892.)

*Le Gérant* : G. MASSON.

